



Message 2021-DSAS-80

6 septembre 2021

du Conseil d'Etat au Grand Conseil accompagnant le projet de loi portant adhésion à la convention sur les contributions des cantons aux hôpitaux relative au financement de la formation médicale postgrade et sur la compensation intercantonale des charges

Le présent message est structuré selon le plan suivant¹:

1. Contexte	1
1.1. Propositions du groupe de travail	2
1.2. Résultats de la première consultation	2
1.3. Résultats de la deuxième consultation	3
2. Modifications de la charge et des allègements financiers	3
3. Commentaires des articles	4
4. Incidences	7
4.1. Conséquences financières et en personnel	7
4.2. Influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes	7
4.3. Constitutionnalité, conformité au droit fédéral, eurocompatibilité	7
4.4. Referendum législatif	7
5. Entrée en vigueur	7
6. Conclusion	7

1. Contexte

L'introduction du nouveau système de financement hospitalier, mis en place dans l'assurance-maladie obligatoire et qui déploie ses effets depuis début 2012, fait craindre une incitation des hôpitaux à faire des économies dans les dépenses de formation postgrade des médecins. Or, par ailleurs, une pénurie de médecins commence à se dessiner en Suisse, évolution que la Confédération, les cantons et les universités ont décidé de contrer en intensifiant leurs efforts dans le domaine de la formation. Dans ces conditions, des mesures garantissant le financement des postes de médecins accomplissant leur formation postgrade en milieu hospitalier² et la répartition équitable des charges sur l'ensemble de la Suisse sont essentielles.

Les coûts pour la formation postgrade des médecins sont considérés comme des prestations d'intérêt général, mais ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie dans le

régime de la LAMal et doivent être pris en charge en tant que prestation obligatoire par les hôpitaux, respectivement leurs organismes responsables ou les cantons sièges qui les soutiennent. Cela ne concerne que les coûts nets pour la formation postgrade, mais les coûts salariaux des médecins assistants peuvent parfaitement être pris en compte dans le calcul des forfaits par cas.

La charge liée aux coûts de la formation médicale postgrade, qui est plus ou moins élevée d'un canton à l'autre, n'est de plus prise en compte ni dans la péréquation financière nationale ni dans l'Accord intercantonal universitaire du 20 février 1997 (AIU).

La plate-forme «Avenir de la formation médicale»³, instituée le 14 septembre 2010, recommande d'opter pour une approche axée sur des solutions pragmatiques, simples et forfaitaires. Selon ce modèle, baptisé PEP (acronyme allemand pour *pragmatisch, einfach und pauschal*), les cantons versent

¹ Les chapitres 1 à 3 du présent message reprennent le texte du rapport explicatif établi par la Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS).

² Ces médecins sont couramment appelés «médecins assistants».

³ Les travaux effectués dans ce cadre ont abouti à l'élaboration d'un rapport et du modèle PEP, approuvés le 25 août 2011 par le Dialogue Politique nationale de la santé.

des contributions financières aux hôpitaux à titre de soutien à la formation médicale postgrade, et ce en proportion du nombre de médecins assistants employés. Le paiement de ces subventions est subordonné au respect de critères de qualité.

Lors de sa séance du 24 août 2011, le Comité directeur de la CDS a approuvé les principes du modèle PEP et a proposé d'étudier l'opportunité de mettre en place une compensation intercantonale pour le financement de la formation médicale postgrade. Un groupe de travail mis en place par le Comité directeur de la CDS a été chargé de fixer un montant forfaitaire minimal (par médecin en formation postgrade et par an) en vue d'indemniser les établissements actifs dans le domaine de la formation et de la recherche médicales (approche intra-cantonale) et de proposer des modèles pour la répartition entre tous les cantons des charges financières liées à la formation médicale (compensation intercantonale).

1.1. Propositions du groupe de travail

Sur la base des propositions de modèles de rétribution et de compensation pour les prestations de formation postgrade des hôpitaux, le groupe de travail, composé d'experts cantonaux, a présenté un modèle de compensation financière pour la formation médicale post-grade et la recherche médicale qui a été élaboré en 2011 par la CDS de Suisse orientale. Ce modèle prévoit des versements compensatoires basés sur la population cantonale et les flux intercantonaux de patients. La méthode de calcul et de répartition a été simplifiée en raison de la complexité des flux de patients à l'échelon national. De plus, l'idée, envisagée au départ, de compenser les coûts de la recherche médicale a finalement été abandonnée en raison de l'enchevêtrement des compétences dans ce domaine et de la difficulté de définir les coûts et les prestations à prendre en compte, comme l'ont montré les résultats d'une étude sur les coûts de la formation et de la recherche académiques médicales dans les hôpitaux universitaires réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur mandat de la Conférence universitaire suisse (CUS).

Se basant sur les calculs de l'OFS et les chiffres fournis par les représentants des hôpitaux, le groupe de travail avait envisagé au départ que la contribution des cantons soit fixée, par médecin assistant et par an, à 30 000 francs pour les hôpitaux universitaires et à 20 000 francs pour les hôpitaux non universitaires. Le total des contributions se serait ainsi monté à 200 millions de francs. Après des discussions avec les cantons, un réexamen des résultats de l'étude de l'OFS et la confrontation de ces résultats avec les explications fournies par les cantons, le groupe de travail a conclu que ces forfaits étaient trop élevés¹.

Le 22 novembre 2012, l'Assemblée plénière de la CDS a arrêté les contributions des cantons aux hôpitaux en se fondant sur la proposition réaménagée du groupe de travail (24 000 francs par médecin s'il accomplit sa formation postgrade auprès d'un hôpital universitaire, 18 000 francs s'il l'accomplit auprès d'un grand hôpital de centre et 15 000 francs s'il l'accomplit auprès de tout autre hôpital satisfaisant aux exigences donnant droit aux contributions). L'Assemblée s'est également prononcée en faveur d'un système de compensation intercantonale fondé sur le critère de la population et devant entrer en vigueur au plus tôt en janvier 2015.

Sur cette base, l'Assemblée plénière du 23 mai 2013 a adopté un premier projet mis en consultation auprès des cantons.

1.2. Résultats de la première consultation

Quatorze cantons (AG, AI, AR, BE, BL, BS, GE, GL, SG, SO, TG, TI, VD, ZH) ont approuvé la convention, tandis que deux cantons (NW, SZ) la rejettent, principalement pour des raisons de politique financière.

Neuf cantons ont signalé des réserves à l'égard de la convention. Le principal argument concerne la charge financière considérable des cantons payeurs. De plus, certains cantons se sont montrés défavorables au «privilege université» ou à la distinction entre hôpitaux de centre et autres hôpitaux, arguant que la formation postgrade des assistants s'effectue au début principalement dans les établissements non universitaires.

Concernant le modèle de calcul, l'observation a été faite que la répartition selon la population crée des distorsions entre cantons fortement peuplés et moins peuplés.

Enfin, la fixation des nombres de médecins en formation postgrade et des forfaits pour la période des 5 premières années est jugée trop longue.

Au vu des critiques majeures susmentionnées, des modifications de la convention permettant une réduction de la charge financière des cantons payeurs ont été proposées à l'Assemblée plénière.

Lors de sa séance du 19 septembre 2013, le Comité directeur de la CDS a pris connaissance des résultats de la consultation auprès des cantons. Il a donné le mandat de proposer des adaptations qui soient à même, en réponse à la critique principale, de réduire la charge financière des cantons contributeurs nets. Le principe de base de la compensation a par contre été maintenu.

En vue de satisfaire aux principales exigences mentionnées, l'Assemblée plénière de la CDS a décidé le 21 novembre 2013

¹ Selon une estimation de l'OFS, un hôpital universitaire consacre en moyenne un total de 34,4 millions de francs à la formation médicale postgrade (structurée ou non). Annuellement, l'effectif de médecins en formation postgrade se monte à

613 en moyenne. Par conséquent, le coût moyen d'une formation postgrade est de 56 000 francs (28 000 francs pour une formation structurée).

de fixer au niveau intracantonale un montant uniforme de 15 000 francs à titre de forfait minimal et de limiter à 15 000 francs par place de médecin assistant et par an la participation à la compensation entre les cantons si un nombre de médecins assistants inférieur à la moyenne suisse est formé dans leur canton. Une seconde consultation a été menée sur cette solution de compromis dans le but d'adopter, en vue des procédures d'adhésion cantonales, la version définitive de la convention lors de la séance du 22 mai 2014.

Par rapport au projet initial mis en consultation, cette solution réduit les montants compensatoires entre les cantons en les ramenant à un total d'environ 15 millions de francs. A l'exception de deux membres, l'Assemblée plénière a approuvé cette variante de compromis le 21 novembre 2013. Elle a décidé de mener une deuxième consultation auprès des cantons

1.3. Résultats de la deuxième consultation

Tous les cantons ont pris position sur le projet de convention adapté. Vingt cantons se sont prononcés favorablement, même si certains l'ont fait avec des réserves/remarques. Deux cantons rejettent la convention (SZ, NW). Trois cantons l'acceptent avec des réserves (JU, NE¹, VS). Au regard des différentes questions encore ouvertes, un canton (FR) a décidé de ne pas se prononcer de manière définitive sur la proposition de convention. Dans deux cantons favorables à la convention (SO, UR), l'adhésion dépend du résultat d'un référendum financier obligatoire. Le canton BL a fait dépendre son approbation de la convention de la condition que la charge financière annuelle de 164 020 francs figurant dans le projet de convention du 21 novembre 2013 ne soit pas dépassée.

Lors de sa séance du 10 avril 2014, le Comité directeur de la CDS a pris connaissance des résultats de cette deuxième consultation auprès des cantons.

Dans le même temps, le groupe de travail s'est réuni pour trouver une solution vis-à-vis des cantons sceptiques, voire défavorables, face à la convention. Ces cantons ne devraient pas pouvoir la remettre fondamentalement en question pour des raisons financières. Le groupe de travail a proposé les solutions suivantes. Le forfait de 15 000 francs n'est pas versé pour les médecins ayant leur domicile légal dans un canton non partie à la convention au moment de l'obtention de la maturité fédérale. De plus, un quorum de 18 cantons est introduit pour l'entrée en vigueur de la convention.

Sur cette base, la convention a été modifiée et soumise à l'Assemblée plénière de la CDS du 23 mai 2014. L'Assemblée plénière a décidé que des améliorations étaient encore nécessaires et a donc demandé au groupe de travail d'apporter cer-

taines modifications/améliorations, notamment concernant la possibilité d'un monitoring des flux intercantonaux de médecins (proposition de la CLASS) et une formulation plus neutre des conséquences d'une éventuelle non-adhésion.

La convention ainsi reformulée a été adoptée par l'Assemblée plénière de la CDS du 20 novembre 2014. La procédure d'adhésion a été ouverte le 3 décembre 2014 par courrier aux gouvernements cantonaux.

2. Modifications de la charge et des allègements financiers

Les contributions à verser, respectivement à percevoir, par les cantons comme compensation ont été, comme prévu dans l'annexe à la convention, adaptées aux chiffres les plus récents mis à disposition par l'OFS (données 2012). Dans le tableau ci-après sont présentées les contributions à verser, respectivement à percevoir. Durant l'été 2014, la possibilité a été offerte aux cantons de valider ces chiffres. Toutes les questions et remarques ont pu être clarifiées.

Canton	CHF (Données 2012)
AG	-2 060 701
AI	-263 102
AR	-148 185
BE	-159 366
BL	-1 233 508
BS	7 238 745
FR	-1 468 716
GE	2 408 753
GL	-274 558
GR	-147 664
JU	-344 321
LU	-1 086 142
NE	-440 142
NW	-410 503
OW	-363 622
SG	169 787
SH	-419 773
SO	-1 520 352
SZ	-1 675 471
TG	-1 146 256
TI	-71 503
UR	-322 216
VD	3 677 783
VS	-928 977
ZG	-1 005 656
ZH	1 995 666

¹ JU et NE réclament l'introduction d'un mécanisme qui garantisse le retour des médecins dans leur canton d'origine.

3. Commentaires des articles

Art. 1

Alinéa 1: L'article 48 de la Constitution fédérale (Cst.) habilite les cantons à conclure des conventions entre eux dans les limites de leurs compétences. Ces conventions ne doivent pas être contraires aux intérêts de la Confédération. La présente convention porte d'une part sur le soutien cantonal du financement de la formation médicale postgrade et d'autre part sur une répartition équitable de la charge financière subséquente entre les cantons.

Actuellement, les coûts de la formation médicale postgrade sont supportés principalement par les cantons, car la plus grande partie de cette formation se déroule dans des hôpitaux dont ils sont responsables ou financés par eux.

Est réputée formation postgrade du médecin, l'activité qu'il exerce, après avoir terminé avec succès ses études de médecine, en vue de l'obtention d'un titre de spécialiste qui attestera son aptitude à pratiquer une médecine de qualité dans la discipline médicale choisie¹. En vertu de l'article 7 al. 1 let. b de l'ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), les coûts de la formation postgrade font partie des dépenses consacrées à «la recherche et [à] la formation universitaire» au sens de la LAMal, lesquelles ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (art. 49 al. 3 let. b LAMal)². Les cantons ne fournissent des contributions à titre de participation aux coûts que pour la formation postgrade structurée dispensée. La formation structurée comprend les activités de formation prévues dans les directives relatives à la formation postgrade. Une distinction doit de plus être établie entre les prestations de formation reçues (point de vue du médecin assistant) et les prestations de formation dispensées (point de vue du professeur). Les prestations de formation dispensées incluent les coûts découlant du travail d'enseignant, tels que l'organisation des travaux pratiques, les séminaires, les exposés, les colloques, la préparation/correction d'examens, la préparation de (programmes de) cours; en revanche, les coûts des établissements découlant de la participation des médecins à une formation postgrade n'entrent pas dans la catégorie des prestations dispensées.

Conformément à la décision de l'Assemblée plénière du 21 novembre 2013, l'article 1 précise que l'objet de la convention n'est pas les coûts effectifs de la formation postgrade, mais qu'en vue de l'introduction d'un principe de solidarité entre les cantons une contribution minimale est fixée par

laquelle d'une part les cantons participent aux coûts de la formation médicale postgrade engendrés dans les hôpitaux implantés sur leur territoire et, d'autre part, la charge financière inégale en résultant est compensée entre les cantons.

Alinéa 2: La compensation intercantonale a pour but de compenser entre les cantons la charge financière inégale résultant du nombre différent de médecins qui suivent une formation postgrade dans les hôpitaux, et cela indépendamment du fait que celle-ci soit dispensée dans des hôpitaux universitaires, des hôpitaux de centre ou d'autres hôpitaux.

Art. 2

Alinéas 1 et 2: En raison des réserves relatives aux charges financières formulées par une série de cantons payeurs, le modèle initial est simplifié via la fixation d'une contribution minimale uniforme de 15 000 francs des cantons à tous les hôpitaux implantés sur leur territoire qui assurent la formation postgrade des médecins, la catégorisation prévue dans le premier projet en hôpitaux universitaires, grands hôpitaux de centre et hôpitaux restants étant abandonnée. Cette contribution est fixée de manière normative sur la base d'études de coûts existantes. Ce qui est nouveau, c'est qu'aucune contribution ne sera versée aux hôpitaux pour les médecins accomplissant une formation postgrade qui avaient au moment de l'obtention de la maturité leur domicile légal dans un des cantons n'ayant pas adhéré à la convention (al. 1) ni pour les montants compensatoires éventuellement déjà versés qui ne relèvent pas de la présente convention (al. 2). L'utilisation du moment de l'obtention de la maturité permet que cette conséquence financière résultant de la non-adhésion d'un canton ne disparaisse pas parce que les étudiants changent souvent de domicile au sens du Code civil (CC) pendant les études ou rapidement après³.

Les cantons sièges ont la possibilité d'octroyer aux hôpitaux des forfaits plus élevés que ceux précités. Selon al. 1, ils ne peuvent toutefois pas faire valoir les contributions indues dans le cadre de la compensation intercantonale.

La limitation de l'obligation de contribuer selon al. 1 ainsi que l'exception à l'obligation de compensation réglée par l'al. 2 ne s'appliquent pas pour les médecins étrangers en formation postgrade (d'après le sens et le but du présent règlement, à savoir le lien entre une éventuelle non-adhésion d'un canton et les conséquences financières mentionnées ci-dessus).

Alinéa 3: La plate-forme «Avenir de la formation médicale»⁴ a recommandé de subordonner l'octroi des contributions de soutien à certains critères de qualité tels que la reconnaissance définitive en tant qu'établissement de formation pos-

¹ Article 2 de la Réglementation pour la formation postgraduée du 21 juin 2001 (RFP).

² Toutefois, les salaires des médecins assistants sont considérés comme des charges d'exploitation des hôpitaux et, à ce titre, ils sont pris en charge par les assureurs-maladie.

³ Voir également article 7 al. 1 Accord intercantonal universitaire du 20 février 1997 (AIU)

⁴ Les travaux effectués dans ce cadre ont abouti à l'élaboration d'un rapport et du modèle PEP, approuvés le 25.8.2011 par le Dialogue Politique nationale de la santé.

tgrade par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM). Par ailleurs, d'autres critères de qualité devraient être remplis pour que la contribution soit versée:

- > L'institution est dotée d'un concept de formation postgrade à jour et agréé, dans lequel le besoin de l'institution en médecins qualifiés et le potentiel de formation postgrade des médecins assistants sont estimés.
- > Les médecins assistants reçoivent un contrat de formation dans lequel les objectifs et les prestations de la formation postgrade sont fixés.
- > L'institution dispose d'au moins un coordinateur/une coordinatrice de la formation postgrade et d'un délégué/une déléguée à la formation postgrade.
- > Les formateurs/formatrices ont des qualifications didactiques et recourent à des offres du type «teach the teacher».
- > Il est tenu compte des besoins spécifiques dans le domaine de la médecine de famille.

La plupart des critères de qualité précités figurent déjà dans la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP) accréditée par la Confédération et constituent des conditions à la reconnaissance par l'ISFM. Ces critères ne font pas l'objet d'une nouvelle vérification dans le cadre de la compensation afin de ne pas compliquer la mise en œuvre de la convention et par souci de cohérence avec les principes du modèle PEP (acronyme allemand de «pragmatique, simple, forfaitaire»).

Les besoins spécifiques dans le domaine de la médecine de famille s'agissant de la formation postgrade doivent être réglés dans les conventions de prestations entre les cantons et les hôpitaux. Il est envisageable, par exemple, de prévoir des dédommagements plus importants pour les médecins de premier recours proposant des places de formation postgrade dans le domaine ambulatoire ou d'obliger à prendre en considération les futurs médecins avec une formation postgrade en médecine interne générale dans d'autres filières de spécialisation postgrade (chirurgie, dermatologie, etc.).

Dans la proposition de départ, il était prévu que les cantons ne soutiennent financièrement que les formations postgrades accomplies en vue d'obtenir un premier titre de spécialiste. Toutefois, les statistiques de l'OFS ne permettent pas de dire si une personne vise un premier titre ou un titre supplémentaire. Il est donc renoncé à exclure de la convention les médecins engagés dans des cursus aboutissant à l'obtention de plusieurs titres.

Alinéa 4: La référence à l'évolution des prix selon l'indice national des prix à la consommation permet certes une adaptation périodique des contributions, mais empêche d'y procéder pour ainsi dire chaque année avec un certain automatisme. Cette grandeur de référence constitue de plus un instrument simple pour procéder à d'éventuelles adaptations sur la base du niveau de l'indice lors de l'entrée en vigueur de

la convention. La mise en œuvre de l'adaptation incombera à l'Assemblée des cantons signataires de la convention (art. 6 al. 1 let. d), qui fixera les détails dans le règlement d'organisation qu'elle doit édicter.

Art. 3

Le nombre de médecins en formation postgrade est exprimé en équivalent plein temps (50 heures par semaine) pour permettre une comparaison entre les hôpitaux. Les chiffres déterminants sont ceux ressortant de l'enquête correspondante de l'OFS, sous réserve du bien-fondé de ces données (voir commentaire de l'art. 6 al. 2).

Comme indiqué à l'article 2 al. 2, les médecins qui avaient au moment de l'obtention de la maturité leur domicile légal dans un des cantons n'ayant pas adhéré à la convention ne sont pas pris en compte dans la compensation. Les cantons sièges annoncent au secrétariat le nombre de ces équivalents plein temps non pris en compte dans la compensation.

Art. 4

Le canton siège d'un hôpital est le canton sur le territoire duquel il se situe; cette définition demeure valable lorsque plusieurs cantons se partagent la responsabilité d'un même hôpital. A titre d'exemple, le canton siège de la clinique d'altitude de Davos est le canton des Grisons, bien que le canton de Zurich en soit coresponsable. Il incombe aux cantons coresponsables de mettre en place une éventuelle compensation avec les cantons sièges. Une réglementation de cette problématique dans le cadre de la présente convention entraînerait un travail excessif.

Art. 5

Alinéa 1: La compensation est calculée d'après le modèle adopté par le plénum de la CDS le 22 novembre 2012, basé sur le critère de la population. L'article 5 détaille les étapes du calcul. Le résultat de la dernière étape correspond au montant à payer ou à recevoir par le canton concerné à titre de compensation. La population des cantons signataires prise en compte dans le calcul à l'étape 3 est la population résidente selon la statistique de l'OFS sur l'effectif et la structure de la population et des ménages (STATPOP) au 31 décembre de la dernière année connue. En raison du quorum introduit dans l'article 10, seuls les cantons signataires, c'est-à-dire ceux ayant adhéré à la convention, doivent être pris en compte dans le calcul de la compensation. En vertu des critères définis à l'article 2 al. 1 et 2, sont déduites pour les médecins assistants originaires de cantons non parties à la convention les indemnisations selon l'article 5 al. 1 ch. 1. Le critère supplémentaire, pour la répartition de la somme forfaitaire, du nombre de médecins établis dans un canton n'est guère applicable et écarté au vu de l'évolution en cours vers

la suppression des frontières cantonales dans la LAMal ainsi que du fait que les traitements médicaux sont prodigués plutôt à l'emplacement du travail que du domicile.

Alinéa 2: La compensation doit avoir lieu annuellement. Il s'agit de définir la base de calcul (c.-à-d. les relevés de l'OFS déterminants). Sur la base des relevés de l'OFS pour l'année 2012, on obtient au total un volume de compensation d'environ 15,5 millions de francs. Jusqu'à l'entrée en vigueur de la convention selon article 10, le tableau en annexe sera encore actualisé par les dernières données disponibles selon les articles 3 et 5.

Art. 6

Alinéa 1: Sont responsables de la convention les cantons qui y ont adhéré. L'assemblée des cantons signataires, auxquels incombe l'exécution de la convention, est formée des membres de l'Assemblée plénière de la CDS dont le canton a adhéré à la convention.

Alinéa 2: L'alinéa 2 décrit les tâches de l'assemblée, à savoir l'élection de la présidence, l'édiction d'un règlement d'organisation, la désignation du secrétariat, l'adaptation des contributions aux hôpitaux (art. 2 al. 4) ainsi que la vérification du bien-fondé des données en équivalent plein temps fournies par les cantons dans le cadre des relevés de l'OFS (voir réserve selon l'art. 3) et finalement l'établissement du rapport annuel. Le règlement d'organisation détaille l'organisation, les méthodes de travail et les procédures de décision de l'assemblée. Le secrétariat de l'assemblée devrait être confié au Secrétariat central de la CDS (synergies administratives).

Il est prévu que l'ISFM procède à des relevés supplémentaires, automatisés, du nombre de places de formation dans les hôpitaux au moyen de «journaux de bord» électroniques des médecins assistants. Une fois à disposition, ces informations permettront de vérifier le bien-fondé des données en équivalent plein temps sur la base desquelles sont calculées les contributions des cantons à leurs hôpitaux (let. e).

Alinéa 3: Cet alinéa stipule que seules les décisions de l'assemblée prises à l'unanimité des cantons signataires sont suivies d'effet. L'exigence de l'unanimité contraint les cantons signataires à négocier. La deuxième phrase 2 de l'alinéa 3 précise à partir de quand s'appliquent les décisions concernant les adaptations des contributions minimales, la vérification du bien-fondé des données des équivalents plein temps et la compensation des contributions.

Art. 7

A des fins d'uniformisation terminologique, «nombre d'habitants» est remplacé par «population» (voir aussi art. 5 al. 1 ch. 3). Les coûts découlant de l'activité de l'assemblée et du

secrétariat sont supportés par les cantons signataires en proportion de leur population. La convention étant de facto mise en œuvre par l'Assemblée plénière et par le Secrétariat central de la CDS, il est logique que les coûts soient inscrits au budget de la CDS selon la clé de répartition ordinaire basée sur le critère de la population.

Art. 8

L'accord-cadre du 24 juin 2005 pour la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges (accord-cadre, ACI) régit la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges dans les domaines cités à l'article 48a Cst. Les cantons peuvent aussi soumettre volontairement à la procédure de règlement des différends définie aux articles 31ss. ACI des différends concernant des accords de collaboration intercantonale dans d'autres domaines (art. 31 al. 3 ACI). La procédure de règlement des différends comporte deux phases. Elle se compose d'une procédure préalable informelle, menée devant la présidence de la CdC, et d'une procédure formelle de médiation, menée devant la Commission intercantonale pour les conventions (CIC). L'assujettissement (volontaire) à la procédure de règlement des différends a pour but de prévenir des actions en vertu de l'article 120 al. 1 let. b de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral.

Art. 9

L'adhésion d'un canton à la convention prend effet avec sa communication à la CDS.

Art. 10

Une compensation équitable des charges supportées par les cantons au titre du financement de la formation médicale postgrade n'est fondamentalement possible que si tous les cantons adhèrent à la convention et qu'ils la mettent en œuvre conjointement. Astreindre les cantons à la «collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges» selon l'article 48a Cst./loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges n'est pas possible, car le financement de la formation médicale postgrade ne fait pas partie du champ d'activité mentionné dans l'article 48a Cst. pour lequel la Confédération pourrait déclarer de force obligatoire générale une convention intercantonale ou astreindre tous les cantons à y adhérer. L'adhésion de tous les cantons à la convention est donc recherchée. Pour le cas où tous les cantons n'adhéreraient pas, un quorum minimal de 18 cantons a été prévu, comme c'est également l'usage dans d'autres conventions intercantionales. La convention entre par conséquent en vigueur si 18 cantons au moins y ont adhéré. En vertu de l'article 48 al. 3 Cst., les accords entre cantons ne sauraient être contraires au droit et aux intérêts de la Confédération; ils doivent par conséquent lui être communiqués.

Art. 11

Comme l'adhésion, le retrait d'un canton prend effet moyennant une déclaration adressée à la CDS. La compétence de décider du retrait est régie par le droit cantonal. Le retrait d'un canton met en même temps fin à la convention si le quorum nécessaire de 18 cantons n'est de ce fait plus atteint. Afin d'atteindre par la présente convention une certaine pérennité et une certaine fiabilité du financement de la formation médicale postgrade, il est opportun d'exclure pour une période de cinq ans la possibilité prévue à l'al. 1 de mettre fin à la convention à court terme.

Art. 12

La convention est conclue pour une durée indéterminée.

4. Incidences

4.1. Conséquences financières et en personnel

Les chiffres présentés dans le tableau ci-dessus (chap. 2) se réfèrent à la situation en 2014 (base de données 2012), année de l'approbation de la convention par l'Assemblée générale de la CDS. Par la suite, la CDS a actualisé ce tableau au printemps de chaque année. Ainsi, selon les derniers calculs de la CDS du 8 mars 2021, basés sur les données 2019, la charge annuelle supplémentaire pour l'Etat s'élèverait à 1 651 084 francs, à verser à titre de compensation intercantonale, ceci pour autant que l'ensemble des cantons adhèrent à la convention. Ce montant peut changer d'une année à l'autre suivant l'évolution des postes d'assistants dans les différents cantons adhérents, respectivement l'évolution de la population. Force est toutefois de constater qu'il est resté assez stable au fil des années, en particulier dès la définition plus précise de la fonction de médecin assistant par l'Office fédéral de statistique en 2018. Ainsi, pour 2020, le montant à charge du canton de Fribourg se serait élevé à 1 746 002 francs (sur la base de données 2018, soit n-2), pour 2019 à 1 667 385 francs, pour 2018 à 1 667 216 francs, pour 2017 à 1 944 805 francs, et pour 2016 à 2 005 712 francs.

A noter que l'effectif des médecins assistants de l'HIB est attribué à raison de 43% au canton de Fribourg et 57% au canton de Vaud dans le cadre de la présente péréquation intercantonale.

S'agissant des montants à verser aux hôpitaux (HFR, RFSM, HIB) pour la formation postgrade des médecins, ils ne représentent pas une nouvelle dépense dans la mesure où cette formation est déjà actuellement prise en charge par l'Etat à titre de prestation d'intérêt général.

4.2. Influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes

Le projet de loi n'a pas d'influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes.

4.3. Constitutionnalité, conformité au droit fédéral, eurocompatibilité

Le projet de loi est conforme à la Constitution cantonale et au droit fédéral. Il ne se pose pas de question particulière en matière d'eurocompatibilité.

4.4. Referendum législatif

La présente loi est soumise au referendum législatif. Elle n'est pas soumise au referendum financier.

5. Entrée en vigueur

En printemps 2021, au vu de l'état d'avancement des procédures d'adhésion dans les cantons, le Comité directeur de la CDS a décidé d'envisager une entrée en vigueur de la convention au 1^{er} janvier 2023 au lieu du 1^{er} janvier 2022 initialement prévu. D'une part, la mise en place de la convention nécessitera des travaux préalables importants (institution de l'assemblée des cantons signataires, élaboration et adoption d'un règlement d'organisation, etc.). D'autre part, proroger l'entrée en vigueur pourrait s'avérer avantageux par rapport au nombre de cantons signataires, la CDS ayant toujours souligné que l'adhésion de l'ensemble des cantons (au lieu du seul quorum conventionnel de 18 cantons) constituerait une condition pour que la convention déploie pleinement ses effets.

6. Conclusion

Adhérer à la présente convention est avant tout une question de solidarité intercantonale. Pour le canton de Fribourg, l'adhésion s'inscrit également dans le cadre de sa politique en matière de formation médicale avec la mise en place du master en médecine de premier recours. Enfin, il s'agit de permettre aux jeunes Fribourgeois et Fribourgeoises diplômés en médecine de suivre leur formation postgrade dans les hôpitaux des cantons adhérant à la présente convention, en particulier dans les hôpitaux universitaires.

Avec ces remarques, le Conseil d'Etat vous invite à adopter le présent projet de loi.



Botschaft 2021-DSAS-80

6. September 2021

des Staatsrats an den Grossen Rat zum Gesetz über den Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen

Diese Botschaft gliedert sich wie folgt¹:

1. Ausgangslage	8
1.1. Vorschläge der Arbeitsgruppe	9
1.2. Ergebnisse der ersten Vernehmlassung	9
1.3. Ergebnisse der zweite Vernehmlassung	10
2. Finanzielle Belastungs- und Entlastungsänderungen	10
3. Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln	11
4. Auswirkungen	14
4.1. Finanzielle und personelle Auswirkungen	14
4.2. Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden	14
4.3. Verfassungsmässigkeit, Vereinbarkeit mit dem Bundesrecht und dem Europarecht	14
4.4. Gesetzesreferendum	14
5. Inkrafttreten	14
6. Schlussfolgerung	15

1. Ausgangslage

Aufgrund der Anfang 2012 wirksam gewordenen neuen Spitalfinanzierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) besteht die Gefahr, dass seitens der Spitäler bei den Ausgaben für die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte gespart wird. Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Ärztemangels und aufgrund der Entscheide des Bundes, der Kantone und der Universitäten, das Ausbildungsengagement in der Schweiz diesbezüglich zu verstärken, ist es unabdingbar, die Stellen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung² an den Spitälern finanziell angemessen abzusichern und eine gesamtschweizerisch möglichst gerechte Finanzierung sicherzustellen.

Die Weiterbildungskosten der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind als gemeinwirtschaftliche Leistungen qualifiziert, werden aber nicht von den Krankenversicherern

im Sinne des KVG übernommen, sondern sind als Pflichtleistung von den Spitälern beziehungsweise deren Trägerchaften oder der sie unterstützenden Standortkantone zu übernehmen. Dies betrifft nur die Nettokosten für die Weiterbildung, können doch die Lohnkosten der Assistenzärztinnen und -ärzte bei der Kalkulation der Fallpauschalen durchaus berücksichtigt werden.

Die Belastung im Zusammenhang mit den Kosten der ärztlichen Weiterbildung, die in den einzelnen Kantonen unterschiedlich hoch ist, wird zudem weder im nationalen Finanzausgleich noch in der Interkantonalen Universitätsvereinbarung vom 20. Februar 1997 (IUV) berücksichtigt.

Die am 14. September 2010 geschaffene Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»³ empfahl die Einführung des Modells «PEP» (pragmatisch, einfach und pauschal). Gemäss dem Modell PEP unterstützt der Kanton die Weiterbildung der

¹ Die Kapitel 1 bis 3 der Botschaft übernehmen den Text des begleitenden Berichts der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

² Häufig auch als «Assistenzärztinnen/-ärzte» bezeichnet

³ Die Ergebnisse ihrer Arbeit sind in Form eines Berichts und des Modells PEP verfügbar, die der Dialog Nationale Gesundheitspolitik am 25. August 2011 genehmigt hat.

Ärztinnen und Ärzte mit einem finanziellen Beitrag, dessen Höhe proportional zur Zahl der Assistenzärztinnen und -ärzte ausfällt und der an die Spitäler ausgerichtet wird. Die Ausrichtung von Unterstützungsbeiträgen hängt von der Einhaltung von Qualitätskriterien ab.

An seiner Sitzung von 24. August 2011 hat der Vorstand der GDK die Grundsätze des Modells PEP genehmigt. Ausserdem schlug er vor, die Möglichkeit eines interkantonalen Ausgleichs für die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu prüfen. Eine vom Vorstand der GDK eingesetzte Arbeitsgruppe wurde beauftragt, einen pauschalen Mindestbetrag (pro Ärztin/Arzt in Weiterbildung und pro Jahr) festzulegen, um die Einrichtungen zu entschädigen, die im Bereich der ärztlichen Lehre und der medizinischen Forschung tätig sind (intrakantonaler Ansatz), und Modelle für die Verteilung der finanziellen Aufwendungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Lehre auf alle Kantone vorzuschlagen (interkantonaler Finanzausgleich).

1.1. Vorschläge der Arbeitsgruppe

Aufgrund der vorgeschlagenen Vergütungs- und Ausgleichsmodelle für die Weiterbildungsleistungen der Spitäler hat die von kantonalen Experten gebildete Arbeitsgruppe ein Finanzausgleichsmodell für die ärztliche Weiterbildung und die medizinische Forschung eingebracht, das 2011 von der Ostschweizer GDK erarbeitet worden war. Das Modell sieht Ausgleichszahlungen vor, die auf der Grösse der Kantonsbevölkerung und den interkantonalen Patientenströme basieren. Aufgrund der gesamtschweizerisch komplexen interkantonalen Patientenströme wurde das Berechnungs- und Verteilungsmodell vereinfacht. Auf den ursprünglich beabsichtigten Ausgleich der Kosten der medizinischen Forschung wurde im Nachhinein aus Gründen unterschiedlicher Zuständigkeiten und der Schwierigkeiten in der bisherigen Kosten- und Leistungserfassung verzichtet, wie es eine vom Bundesamt für Statistik (BFS) im Auftrag der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) durchgeführte Studie zu den «Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern» aufgezeigt hat.

Gestützt auf die Berechnungen des BFS und die Zahlen, die von den Vertretern der Spitäler eingereicht wurden, wurde seitens der Arbeitsgruppe der Kantone ursprünglich in Aussicht genommen, dass die Kantone pro Assistenzärztin/-arzt einen Jahresbeitrag von 30 000 Franken an die Universitätsspitäler und von 20 000 Franken an die nichtuniversitären Spitäler entrichten. Insgesamt hätten die Beiträge 200 Millionen Franken betragen. Nach Diskussionen mit den Kantonen, einer erneuten Prüfung der Ergebnisse der Studie des BFS sowie einer Gegenüberstellung dieser Ergebnisse

mit den von den Kantonen gelieferten Erläuterungen hat die Arbeitsgruppe die Pauschalen als zu hoch betrachtet¹.

Die Plenarversammlung der GDK legte am 22. November 2012 gestützt auf den angepassten Vorschlag der Arbeitsgruppe die Beiträge der Kantone an die Spitäler fest (24 000 Franken für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an einem Universitätsspital, 18 000 Franken an einem grossen Zentrumsspital und 15 000 Franken an allen anderen Spitälern, welche die Anforderungen an die Beiträge erfüllen). Zudem hat sie sich für einen interkantonalen Finanzausgleich ausgesprochen, der nach dem Bevölkerungsmodell erfolgen und frühestens im Januar 2015 in Kraft treten soll.

Auf dieser Grundlage hat die Plenarversammlung vom 23. Mai 2013 einen ersten Vernehmlassungsentwurf zuhanden der Kantone verabschiedet.

1.2. Ergebnisse der ersten Vernehmlassung

Vierzehn Kantone stimmten der Vereinbarung zu (AG, AI, AR, BE, BL, BS, GE, GL, SG, SO, TG, TI, VD, ZH), während zwei Kantone sie hauptsächlich aus finanzpolitischen Gründen ablehnten (NW, SZ).

Neun Kantone signalisierten hauptsächlich wegen der erheblichen finanziellen Belastung der Zahlerkantone Vorbehalte gegenüber der Vereinbarung. Einige Kantone wandten sich gegen das «Universitätsprivileg» oder die Unterscheidung zwischen Zentrumsspitalern und übrigen Spitälern, weil die Weiterbildung der Assistentinnen und Assistenten zu Beginn hauptsächlich an den nichtuniversitären Einrichtungen stattfände.

Bezüglich des Berechnungsmodells wurde geltend gemacht, dass die Verteilung nach der Bevölkerung Verzerrungen zwischen den bevölkerungsreichen und den Kantonen mit weniger Einwohnerinnen und Einwohnern schaffe.

Schliesslich sei die Festlegung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und der Pauschalen während der ersten 5 Jahre zu lang.

Angesichts der vorgenannten wesentlichen Kritikpunkte wurden der Plenarversammlung Änderungen der Vereinbarung vorgeschlagen, die eine Verringerung der finanziellen Belastung der Zahlerkantone erlauben.

Der GDK-Vorstand nahm an seiner Sitzung vom 19. September 2013 von den Ergebnissen der Anhörung bei den Kantonen Kenntnis. Er gab den Auftrag, Anpassungen vorzuschlagen, die mit Rücksicht auf den Hauptkritikpunkt geeignet

¹ Gemäss einer Schätzung des BFS verwendet ein Universitätsspital zur (un-/strukturierten) ärztlichen Weiterbildung durchschnittlich total 34,4 Millionen Franken für durchschnittlich 613 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Daher liegen die durchschnittlichen Kosten der Weiterbildung bei 56 000 Franken (davon 28 000 Franken für die strukturierte Weiterbildung).

sind, die Nettozahlerkantone finanziell zu entlasten. Am Grundprinzip des Ausgleichs wurde hingegen festgehalten.

Die Plenarversammlung der GDK hat am 21. November 2013 zur Erfüllung der genannten Hauptforderungen beschlossen, innerkantonal als Mindestpauschale einen einheitlichen Betrag von 15 000 Franken festzulegen und die Beteiligung am Ausgleich unter den Kantonen auf 15 000 Franken pro Assistenzärztin/-arzt und Jahr zu beschränken, wenn in ihrem Kanton weniger Assistenzärztinnen und -ärzte als im schweizerischen Durchschnitt ausgebildet werden. Zu dieser Kompromisslösung wurde im Hinblick auf die kantonalen Beitrittsverfahren eine zweite Anhörung durchgeführt mit dem Ziel, die definitive Vereinbarungsversion an der Sitzung vom 22. Mai 2014 zu verabschieden.

Diese Lösung reduziert die Ausgleichsbeträge unter den Kantonen gegenüber der ursprünglichen Vernehmlassungsvorlage auf insgesamt rund 15 Millionen Franken. Bis auf zwei Mitglieder hat die Plenarversammlung dieser Kompromissvariante am 21. November 2013 zugestimmt. Sie hat beschlossen, hierzu eine zweite Vernehmlassung bei den Kantonen durchzuführen.

1.3. Ergebnisse der zweiten Vernehmlassung

Alle Kantone haben zu dem angepassten Vereinbarungsentwurf Stellung genommen. 20 Kantone äusserten sich zustimmend, wenn auch einige mit Bedenken/Bemerkungen/Vorbehalten. Zwei Kantone lehnten die Vereinbarung ab (SZ, NW). Drei Kantone nehmen sie mit Vorbehalten an (JU, NE¹, VS). Ein Kanton (FR) wollte sich mit Blick auf verschiedene offene Fragen nicht abschliessend zum Vereinbarungsentwurf äussern. In zwei (zustimmenden) Kantonen untersteht der Beitritt einem obligatorischen Finanzreferendum (SO, UR). Der Kanton BL hat seine Zustimmung zur Vereinbarung davon abhängig gemacht, dass die im Vereinbarungsentwurf vom 21. November 2013 ausgewiesene finanzielle Belastung von jährlich 164 020 Franken nicht überschritten wird.

Der GDK-Vorstand nahm an seiner Sitzung vom 10. April 2014 von den Ergebnissen der zweiten Vernehmlassung bei den Kantonen Kenntnis.

Gleichzeitig ist die Arbeitsgruppe zusammengekommen, um eine Lösung bezüglich der Kantone, die der Vereinbarung skeptisch oder sogar ablehnend gegenüberstehen, zu finden. Diese Kantone dürfen das Zustandekommen der Vereinbarung nicht aus finanziellen Gründen grundsätzlich in Frage stellen können. Die Arbeitsgruppe hat folgende Lösungen vorgeschlagen: Im Sinne eines Anreizes und der Schaffung einer Ausgleichsgerechtigkeit wird der Betrag von 15'000

Franken für Ärztinnen und Ärzte, die zum Zeitpunkt des Maturitätserwerbs ihren gesetzlichen Wohnsitz nicht in einem Vereinbarungskanton hatten, nicht bezahlt. Zudem wird für das Inkrafttreten der Vereinbarung ein Quorum von 18 Kantonen eingeführt.

Die Vereinbarung wurde entsprechend angepasst und der Plenarversammlung der GDK am 23. Mai 2014 vorgelegt. Die Plenarversammlung hat entschieden, dass noch Verbesserungen nötig sind und hat die Arbeitsgruppe beauftragt, gewisse Änderungen/Verbesserungen anzubringen, namentlich bezüglich der Möglichkeit ein Monitoring zum interkantonalen Ärztefluss einzuführen (Vorschlag der CLASS) und eine neutralere Formulierung der Folgen eines allfälligen Nichtbeitritts zu finden.

Die überarbeitete Vereinbarung wurde von der Plenarversammlung der GDK am 20. November 2014 verabschiedet. Das Beitrittsverfahren wurde am 3. Dezember 2014 mit Schreiben an die Kantonsregierungen eröffnet.

2. Finanzielle Belastungs- und Entlastungsänderungen

Die von den Kantonen als Ausgleich zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge wurden, wie im Anhang zur Vereinbarung vorgesehen, an die neuesten Daten angepasst, die vom BFS zur Verfügung gestellt werden (Datenjahr 2012). In der nachfolgenden Tabelle werden die zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge aufgeführt. Den Kantonen wurde im Sommer 2014 die Gelegenheit gegeben, die Zahlen zu validieren. Alle Fragen und Bemerkungen konnten geklärt werden.

Kanton	CHF (Daten 2012)
AG	-2 060 701
AI	-263 102
AR	-148 185
BE	-159 366
BL	-1 233 508
BS	7 238 745
FR	-1 468 716
GE	2 408 753
GL	-274 558
GR	-147 664
JU	-344 321
LU	-1 086 142
NE	-440 142
NW	-410 503
OW	-363 622
SG	169 787
SH	-419 773
SO	-1 520 352

¹ JU und NE verlangen die Einführung eines Mechanismus, der die Rückkehr der Ärztinnen und Ärzte in ihren Herkunftskanton sicherstellt.

Kanton	CHF (Daten 2012)
SZ	-1 675 471
TG	-1 146 256
TI	-71 503
UR	-322 216
VD	3 677 783
VS	-928 977
ZG	-1 005 656
ZH	1 995 666

3. Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 1

Absatz 1: Gemäss Art. 48 der Bundesverfassung (BV) können die Kantone im Rahmen ihrer Kompetenzen miteinander Verträge schliessen. Diese dürfen den Interessen des Bundes nicht zuwiderlaufen. Die vorliegende Vereinbarung hat zum einen die kantonale Unterstützung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und zum anderen eine gerechte Verteilung der hieraus resultierenden finanziellen Belastung unter den Kantonen zum Gegenstand.

Gegenwärtig fallen die Kosten der ärztlichen Weiterbildung hauptsächlich den Kantonen zur Last, weil die Weiterbildung zum grossen Teil in Spitälern erfolgt, die von den Kantonen getragen beziehungsweise finanziert werden.

Weiterbildung ist die Tätigkeit nach erfolgreich beendetem Medizinstudium mit dem Ziel, einen Facharztstitel als Ausweis für die Befähigung zur kompetenten ärztlichen Tätigkeit auf einem Fachgebiet zu erwerben¹. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt keine Kosten der «Forschung und universitären Lehre» (Art. 49 Abs. 3 Bst. b), zu denen nach Art. 7 Abs. 1 Bst. b der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) auch die Kosten der Weiterbildung gehören². Die Kantone leisten nur Beiträge an die Kosten der erteilten strukturierten Weiterbildung. Die strukturierte Weiterbildung umfasst die Tätigkeiten, die im Rahmen der Lehrveranstaltungen für die Weiterbildung entsprechend den Weiterbildungsrichtlinien vorgesehen sind. Zudem muss zwischen der erhaltenen (Perspektive der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) und der erteilten Lehre (Perspektive der Dozenten) unterschieden werden. Letztere umfasst die Kosten der Lehrtätigkeit wie Durchführung der praktischen Arbeiten, Seminare, Vorträge, Kolloquien, Vorbereitung/Korrekturen von Examen, Vorbereitung von Lehrprogrammen/Lehrveranstaltungen, nicht jedoch die Kosten, die den

Weiterbildungsstätten durch die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte an der Weiterbildung entstehen.

Gemäss dem Beschluss der Plenarversammlung vom 21. November 2013 wird in Art. 1 präzisiert, dass Gegenstand der Vereinbarung nicht die tatsächlichen Kosten der Weiterbildung sind, sondern im Sinne der Einführung eines Grundsatzes der Solidarität unter den Kantonen ein Mindestbeitrag festgelegt wird, mit dem sich die Standortkantone einerseits an den in ihrem Kanton befindlichen Spitälern entstehenden Kosten der Weiterbildung beteiligen, andererseits unter den Kantonen der hierdurch entstehende unterschiedliche finanzielle Aufwand ausgeglichen wird.

Absatz 2: Der interkantonale Ausgleich bezweckt, die aufgrund der unterschiedlichen Zahl von Ärztinnen und -ärzten, die sich in den Spitälern in Weiterbildung befinden, resultierende unterschiedliche finanzielle Belastung unter den Kantonen auszugleichen, und zwar unabhängig davon, ob die Weiterbildung in Universitätsspitälern, Zentrumsspitalern oder übrigen Spitälern stattfindet.

Art. 2

Absatz 1 und 2: Aufgrund der von einer Reihe von Zahlerkantonen in Hinsicht auf die finanziellen Belastungen geäusserten Vorbehalte wird in Vereinfachung des Modells der ersten Vernehmlassungsvorlage ein einheitlicher Mindestbeitrag der Standortkantone von 15 000 Franken an alle dort befindlichen Spitälern, die Ärztinnen und Ärzte weiterbilden, festgelegt, unter Aufgabe der in der ersten Vorlage vorgesehenen Kategorisierung in Universitätsspitalern, grosse Zentrumsspitalern und restliche Spitälern. Dieser Beitrag wird normativ festgelegt auf der Basis von erfolgten Kostenstudien. Neu geregelt wird, dass für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die im Zeitpunkt der Erlangung der Maturität ihren gesetzlichen Wohnsitz in einem Kanton hatten, der dieser Vereinbarung nicht beigetreten ist, keine Beiträge an die Spitälern ausgerichtet werden (Abs. 1) sowie allenfalls dennoch für sie ausgerichtete Beiträge nicht unter die Ausgleichsregelungen gemäss dieser Vereinbarung fallen (Abs. 2). Mit der Anknüpfung an den Zeitpunkt der Erlangung der Maturität wird erreicht, dass die aus dem nicht erfolgten Beitritt eines Kantons resultierende finanzielle Folge nicht deswegen ins Leere läuft, weil Studierende häufig während des Studiums oder sofort danach ihren Wohnsitz gemäss Zivilgesetzbuch (ZGB) wechseln³.

Den Standortkantonen steht es frei, den Spitälern höhere als die vorgenannten Pauschalen zu entrichten. Sie können gemäss Abs. 1 nicht geschuldete Beiträge jedoch nicht im Rahmen des interkantonalen Ausgleichs geltend machen.

¹ Art. 2 der Weiterbildungsordnung vom 21. Juni 2001 (WBO).

² Die Löhne der Assistenzärztinnen und -ärzte gehen unabhängig davon weiterhin als Betriebskosten der Spitälern zu Lasten der Krankenversicherer.

³ Siehe auch Art. 7 Abs. 1 der Interkantonalen Universitätsvereinbarung vom 20. Februar 1997 (IUV).

Die Einschränkung der Beitragspflicht gem. Abs. 1 sowie die in Abs. 2 geregelten Ausnahmen von der Ausgleichspflicht gilt (nach dem oben genannten Sinn und Zweck dieser Regelungen, nämlich einen allfälligen Nichtbeitritt eines Kantons mit den genannten finanziellen Folgen zu verknüpfen) nicht für ausländische Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.

Absatz 3: Die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»¹ empfahl, die Ausrichtung von Unterstützungsbeiträgen von der Einhaltung von Qualitätskriterien abhängig zu machen, wie der Verpflichtung, vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) definitiv als Weiterbildungsstandort anerkannt worden zu sein. Ausserdem sollten für die Auszahlung des Beitrags folgende weitere Qualitätskriterien zu erfüllen sein:

- > Die Institution verfügt über ein aktuelles und genehmigtes Weiterbildungskonzept, in dessen Rahmen der Bedarf der Institution an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten und das Weiterbildungspotenzial der Assistenzärztinnen und -ärzte veranschlagt wurden.
- > Die Assistenzärztinnen und -ärzte erhalten einen Ausbildungsvertrag, in dem die Ziele und die Leistungen der Weiterbildung vereinbart sind.
- > Die Institution verfügt über mindestens eine Weiterbildungs Koordinatorin/einen Weiterbildungs Koordinator oder eine/n Weiterbildungsdelegierte/n.
- > Die Ausbilder/innen verfügen über didaktische Qualifikationen und greifen auf «Teach the Teacher»-Angebote zurück.
- > Der spezifische Bedarf im Bereich der Hausarztmedizin wird berücksichtigt.

Die vorstehend aufgeführten Qualitätskriterien als Teil der Anerkennung des SIWF sind im Wesentlichen bereits in der vom Bund akkreditierten Weiterbildungsordnung (WBO) abgebildet. In Anbetracht der Grundsätze des Modells PEP (pragmatisch, einfach, pauschal) wird jedoch auf eine Nachprüfung dieser Kriterien in Rahmen des Ausgleichs verzichtet, weil das den Vollzug dieser Vereinbarung erschweren würde.

Der spezifische Weiterbildungsbedarf im Bereich der Hausarztmedizin ist in den von den Kantonen mit den Spitälern zu schliessenden Leistungsvereinbarungen zu regeln. Diese können beispielsweise höhere Entschädigungen für die Einrichtung entsprechender Weiterbildungsstellen bei Grundversorgern im ambulanten Bereich oder die Verpflichtung zur Berücksichtigung von angehenden Ärztinnen und Ärzten mit dem Weiterbildungstitel «allgemeine innere Medizin» in gewissen zweckmässigen anderen Weiterbildungsrichtungen (Chirurgie, Dermatologie etc.) vorsehen.

Ursprünglich wurde vorgeschlagen, dass die Kantone nur die zu einem ersten Facharztstitel führende Weiterbildung finanziell unterstützen. Da in den Statistiken des BFS keine Unterscheidung vorgenommen wird, ob eine Person den ersten oder einen weiteren Titel anstrebt, wird davon abgesehen, Ärztinnen und Ärzte, die Weiterbildungsgänge zu mehreren Facharztstiteln absolvieren, von dieser Vereinbarung auszunehmen.

Absatz 4: Mit der Bezugnahme auf die Preisentwicklung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise wird zwar eine periodische Anpassung der Beiträge ermöglicht, jedoch vermieden, dass diese gleichsam jährlich mit einer gewissen Automatik vorzunehmen ist. Zudem stellt diese Referenzgrösse ein einfaches Instrument dar, allfällige Anpassungen auf der Basis des Indexstandes bei Inkrafttreten der Vereinbarung vorzunehmen. Die Umsetzung der Anpassung wird Aufgabe der Versammlung der Vereinbarungskantone sein (Art. 6 Abs. 1 Bst. d), die in dem von ihr zu erlassenden Geschäftsreglement die näheren Einzelheiten festlegen wird.

Art. 3

Um eine Vergleichbarkeit der Anzahl der an den Spitälern sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte herzustellen, werden diese in Vollzeitäquivalenten (50 Stunden Woche) ausgedrückt. Die Anzahl der zu berücksichtigenden Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wird vorbehaltlich der Erlangung plausibilisierter Daten (s. Erläuterungen zu Art. 6 Abs. 2) aufgrund der entsprechenden Erhebungen des BFS ermittelt.

Wie unter Art. 2 Abs. 2 kommentiert, sind Ärztinnen und Ärzte, die im Zeitpunkt der Erlangung des Universitätszulassungsausweises ihren Wohnsitz in einem der Vereinbarung nicht beigetretenen Kanton hatten, nicht ausgleichsrelevant. Die Standortkantone melden der Geschäftsstelle die Anzahl solcher nicht ausgleichsrelevanter Vollzeitäquivalente.

Art. 4

Da der Standortkanton der Kanton ist, auf dessen Gebiet das Spital liegt, folgt daraus, dass dieser Grundsatz auch dann gilt, wenn ein Spital von mehreren Kantonen getragen wird. Konkret heisst das, dass z. B. Standortkanton der Höhenklinik Davos, die (auch) vom Kanton Zürich getragen wird, der Kanton Graubünden ist. Es ist Sache der betroffenen Trägerkantone, mit den Standortkantonen einen Ausgleich vorzunehmen. Eine andere Regelung würde einen unangemessenen Regulierungsaufwand im Rahmen dieser Vereinbarung nach sich ziehen.

¹ Die Ergebnisse ihrer Arbeit sind in Form eines Berichts und des Modells PEP verfügbar, die der Dialog Nationale Gesundheitspolitik am 25. August 2011 genehmigt hat.

Art. 5

Absatz 1: Die Berechnung des Ausgleichs erfolgt nach dem Bevölkerungsmodell, dem das Plenum der GDK am 22. November 2012 zugestimmt hat und erfolgt gemäss den in Art. 5 beschriebenen Schritten, deren letzter entweder einen in den Ausgleich zu zahlenden oder einen aus dem Ausgleich zu beziehenden Betrag ausweisen wird. Für die Bevölkerung der Vereinbarungskantone (Schritt 3) ist massgeblich die Wohnbevölkerung gemäss der Statistik des BFS zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung und der Haushalte am 31. Dezember des jeweils letzten verfügbaren Jahres (STATPOP). Wegen des in Art. 10 eingeführten Quorums sind nur die Vereinbarungskantone, d. h. die der Vereinbarung beigetretenen Kantone, in die Berechnung des Ausgleichs einzubeziehen. Abzuziehen unter Abs. 1 Ziff. 1 sind die Entschädigungen für gemäss den Kriterien von Art. 2 Abs. 1 und 2 nicht aus Vereinbarungskantonen stammende Assistenzärztinnen und -ärzte. Als zusätzliches Kriterium für die Verteilung der Ausgleichssumme die Anzahl der in einem Kanton niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einzubeziehen, wird als kaum umsetzbar erachtet und angesichts der laufenden Entwicklung zur Aufhebung der kantonalen Grenzen im KVG sowie der Tatsache, dass ärztliche Behandlungen eher am Arbeits- als am Wohnort erfolgen, verworfen.

Absatz 2: Der Ausgleich soll jährlich vorgenommen werden. Dafür ist die Basis zu bestimmen, d. h., festzulegen, welche Erhebungen des BFS für die Berechnung zugrunde zu legen sind. Auf der Basis der Erhebungen des BFS für das Jahr 2012 ergibt sich insgesamt ein Ausgleichsvolumen von rund 15,5 Millionen Franken. Bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung gem. Art 10 wird die Tabelle im Anhang noch mit den zuletzt verfügbaren Datengrundlagen gemäss Art. 3 und 5 aktualisiert werden.

Art. 6

Absatz 1: Träger der Vereinbarung sind die der Vereinbarung beigetretenen Kantone. Die Versammlung der Vereinbarungskantone, der der Vollzug der Vereinbarung obliegt, wird aus den Mitgliedern der Plenarversammlung der GDK gebildet, deren Kantone der Vereinbarung beigetreten sind.

Absatz 2 beschreibt die Aufgaben der Versammlung. Das sind die Wahl des Vorsitzes, der Erlass eines Geschäftsreglements, die Bezeichnung der Geschäftsstelle sowie die Anpassung des pauschalen Beitrags an die Spitäler (Art. 2 Abs. 4), ausserdem die Plausibilisierung der von den Kantonen im Rahmen der Erhebungen des BFS angegebenen Vollzeitäquivalente (siehe Vorbehalt gemäss Art. 3) und schliesslich der Jahresbericht. Im Geschäftsreglement werden die Einzelheiten zur Organisation, Arbeitsweise und Beschlussfassung der Versammlung geregelt. Geschäftsstelle der Versammlung soll das Zentral-

sekretariat der GDK sein, damit administrative Synergien gut genutzt werden können.

Es ist geplant, dass das SIWF mittels sogenannten elektronischen «Logbüchern» der Assistenzärztinnen und -ärzte eigene zusätzliche automatisierte Erhebungen über die Anzahl Ausbildungsstellen an den Spitälern durchführt. Sobald solche Datenquellen zur Verfügung stehen, werden diese für die Ermittlung der Vollzeitäquivalente zur Plausibilisierung als Berechnungsgrundlage für die Beiträge der Standortkantone an die Spitäler herangezogen werden (Bst. e).

Absatz 3: Dieser Absatz legt fest, dass die Beschlüsse der Versammlung zu ihrer Wirksamkeit der Einstimmigkeit der Vereinbarungskantone bedürfen. Das Erfordernis der Einstimmigkeit zwingt die Vereinbarungskantone zu Verhandlungen. Der zweite Satz in Abs. 3 präzisiert, ab wann die Beschlüsse betreffend die Anpassungen der Mindestbeiträge, die Plausibilisierung der Vollzeitäquivalente und den Ausgleich der Beiträge gelten.

Art. 7

Zur terminologischen Vereinheitlichung wird «Einwohnerzahl» durch «Bevölkerungszahl» ersetzt (siehe auch Art. 5 Abs. 1 Ziff. 3). Die Kosten der Tätigkeit der Versammlung sowie der Geschäftsstelle werden von den Vereinbarungskantonen entsprechend ihrer Bevölkerungszahl anteilmässig getragen. Da die (Plenar-)Versammlung und das Zentralsekretariat der GDK als Geschäftsstelle diese Vereinbarung vollziehen, liegt es nahe, dass die Kosten im Rahmen des Budgets der GDK einkalkuliert werden, gemäss dem dort geltenden bevölkerungsbezogenen Beitragsschlüssel.

Art. 8

Die Rahmenvereinbarung für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich (Rahmenvereinbarung, IRV) vom 24. Juni 2005 regelt die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich in den Aufgabenbereichen gemäss Art. 48a BV. Sie sieht in Art. 31 Abs. 3 vor, dass die Kantone auf freiwilliger Basis auch Streitigkeiten aus interkantonalen Zusammenarbeitsverträgen in anderen Aufgabenbereichen dem in Art. 31 ff. geregelten Streitbeilegungsverfahren unterstellen können. Das Streitbeilegungsverfahren ist zweistufig. Es besteht aus einem informellen Vorverfahren vor dem Präsidium der Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) und einem förmlichen Vermittlungsverfahren vor der Interkantonalen Vertragskommission (IVK). Zweck der (freiwillig) übernommenen Verpflichtung, an den Streitbeilegungsverfahren teilzunehmen, ist die Vermeidung einer Klage gemäss Art. 120 Abs.1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht.

Art. 9

Mit der Mitteilung an die GDK wird der Beitritt eines Kantons zur Vereinbarung wirksam.

Art. 10

Grundsätzlich ist ein angemessener Ausgleich der finanziellen Belastungen der Kantone infolge der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung nur dann möglich, wenn alle Kantone der Vereinbarung beitreten und diese einvernehmlich vollziehen. Eine Verpflichtung der Kantone zur «Interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich» gemäss Art. 48a BV/Bundesgesetz über den Finanz- und Lastenausgleich ist nicht möglich, da die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung nicht zu den in Art. 48a BV genannten Aufgabebereichen gehört, bei denen der Bund einen interkantonalen Vertrag für allgemeinverbindlich erklären oder alle Kantone zur Beteiligung an einem solchen verpflichten könnte. Daher wird angestrebt, dass alle Kantone der Vereinbarung beitreten. Für den Fall, dass nicht alle Kantone beitreten, wurde ein Mindestquorum von 18 Kantonen vorgesehen, wie es auch in anderen interkantonalen Vereinbarungen üblich ist. Demgemäss tritt die Vereinbarung in Kraft, wenn ihr mindestens 18 Kantone beigetreten sind. Da gemäss Art. 48 Abs. 3 BV Verträge zwischen Kantonen dem Recht und den Interessen des Bundes nicht zuwiderlaufen dürfen, sind sie dem Bund zur Kenntnis zu bringen.

Art. 11

Wie der Beitritt wird auch der Austritt eines Kantons durch Erklärung gegenüber der GDK wirksam. Die Kompetenz zur Beschlussfassung über einen allfälligen Austritt richtet sich nach dem jeweiligen kantonalen Recht. Der Austritt eines Kantons beendet gleichzeitig die Vereinbarung, wenn dadurch das erforderliche Quorum von 18 Kantonen unterschritten wird. Um eine gewisse Nachhaltigkeit und Berechenbarkeit der Finanzierung ärztlicher Weiterbildung mit der vorliegenden Vereinbarung zu erreichen, ist es angemessen, die nach Abs. 1 mögliche kurzfristige Beendigung der Vereinbarung für einen Zeitraum von 5 Jahren auszuschliessen.

Art. 12

Die Vereinbarung wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen.

4. Auswirkungen

4.1. Finanzielle und personelle Auswirkungen

Die Zahlen in der oben (Kapitel 2) aufgeführten Tabelle beziehen sich auf die Situation im Jahr 2014 (Datenbasis 2012), mithin das Jahr, in dem die Vereinbarung von der Generalversammlung der GDK verabschiedet wurde. In den

Folgejahren hat die GDK die Tabelle jeweils im Frühling aktualisiert. Gemäss den letzten verfügbaren Berechnungen der GDK vom 8. März 2021, basierend auf den statistischen Daten von 2019, würde sich die zusätzliche jährliche Belastung des Staates auf einen Betrag von 1 651 084 Franken, der als interkantonaler Ausgleich zu leisten ist, belaufen; dies unter der Voraussetzung, dass alle Kantone der Vereinbarung beitreten. Dieser Betrag kann je nach Entwicklung der Assistenzstellen respektive der Bevölkerungszahl in den Beitrittskantonen von Jahr zu Jahr leicht variieren. Immerhin ist festzuhalten, dass der Betrag im Verlauf der Jahre ziemlich stabil geblieben ist, insbesondere seitdem das Bundesamt für Statistik im Jahr 2018 die Funktion des Assistenzarztes genauer umschrieben hat. So hätte sich der Beitrag des Kantons Freiburg für 2020 auf 1 746 002 Franken belaufen (auf Basis der Daten 2018, also n-2), für 2019 auf 1 667 385 Franken, für 2018 auf 1 667 216 Franken, für 2017 auf 1 944 805 Franken und für 2016 auf 2 005 712 Franken.

Zu bemerken ist, dass der Bestand an Assistenzärztinnen und Assistenzärzte am HIB im Rahmen des vorliegenden Lastenausgleichs zu 43% dem Kanton Freiburg und zu 57% dem Kanton Waadt zugerechnet werden.

Die Beträge, welche die Spitäler (HFR, FNPG, HIB) für die ärztliche Weiterbildung erhalten, sind insofern keine neue Ausgabe, als die Weiterbildung bereits heute von Staat im Sinne einer gemeinwirtschaftlichen Leistung finanziert wird.

4.2. Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden

Der Gesetzesentwurf wirkt sich nicht auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden aus.

4.3. Verfassungsmässigkeit, Vereinbarkeit mit dem Bundesrecht und dem Europarecht

Der Gesetzesentwurf ist mit der Kantonsverfassung und dem Bundesrecht vereinbar. Es stellen sich keine Fragen der Vereinbarkeit mit dem Europarecht.

4.4. Gesetzesreferendum

Dieses Gesetz unterliegt dem Gesetzesreferendum. Es untersteht nicht dem Finanzreferendum.

5. Inkrafttreten

Im Frühling 2021 hat der Vorstand der GDK mit Blick auf den Stand der Beitrittsverfahren in den Kantonen beschlossen, für das Inkrafttreten der Vereinbarung den 1. Januar 2023 ins Auge zu fassen, anstelle des ursprünglich vorgesehenen 1. Januar 2022. Zum einen sind für die Umsetzung der Vereinbarung umfangreiche Vorbereitungsarbeiten

zu bewältigen (Einsetzung der Versammlung der Vereinbarungskantone, Ausarbeitung und Verabschiedung des Geschäftsreglements, etc.). Andererseits könnte sich ein späterer Zeitpunkt der Inkraftsetzung auch vorteilhaft auf die Anzahl der Beitrittskantone auswirken; die GDK hat stets betont, dass der Beitritt aller Kantone (anstelle des minimalen Quorums von 18) eine Voraussetzung dafür ist, dass sich die Wirkung der Vereinbarung voll entfalten kann.

6. Schlussfolgerung

Der Beitritt zur vorliegenden Vereinbarung ist in erster Linie eine Frage der interkantonalen Solidarität. Für den Kanton Freiburg fügt sich der Beitritt ausserdem in seine Politik im Bereich der ärztlichen Ausbildung ein, mit der Verwirklichung des Masterstudiums in Allgemeinmedizin. Schliesslich geht es auch darum, den jungen Freiburger Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums den Zugang zur Weiterbildung in Spitälern der Beitrittskantone, insbesondere in Universitätsspitälern, zu ermöglichen.

Mit diesen Bemerkungen lädt Sie der Staatsrat ein, den vorliegenden Gesetzesentwurf anzunehmen.

Loi portant adhésion à la convention sur les contributions des cantons aux hôpitaux relative au financement de la formation médicale postgrade et sur la compensation intercantonale des charges

du...

Actes concernés (numéros RSF):

Nouveau: –
Modifié(s): –
Abrogé(s): –

Le Grand Conseil du canton de Fribourg

Vu l'article 48 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst. féd.);
Vu l'article 100 de la Constitution du canton de Fribourg du 16 mai 2004 (Cst. cant.);
Vu la loi du 11 septembre 2009 concernant les conventions intercantionales (LConv);
Vu le message 2021-DSAS-80 du Conseil d'Etat du 6 septembre 2021;
Sur la proposition de cette autorité,

Décrète:

I.

Art. 1

¹ Le canton de Fribourg adhère à la convention du 20 novembre 2014 sur les contributions des cantons aux hôpitaux relative au financement de la formation médicale postgrade et sur la compensation intercantonale des charges, dont le texte suit la présente loi.

Gesetz über den Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen

vom...

Betroffene Erlasse (SGF Nummern):

Neu: –
Geändert: –
Aufgehoben: –

Der Grosse Rat des Kantons Freiburg

gestützt auf Artikel 48 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV);
gestützt auf Artikel 100 der Verfassung des Kantons Freiburg vom 16. Mai 2004 (KV);
gestützt auf das Gesetz vom 11. September 2009 über die interkantonalen Verträge (VertragsG);
gestützt auf die Botschaft 2021-DSAS-80 des Staatsrats vom 6. September 2021;
auf Antrag dieser Behörde,

beschliesst:

I.

Art. 1

¹ Der Kanton Freiburg erklärt den Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung vom 20. November 2014 über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen. Deren Text wird im Anhang zu diesem Gesetz veröffentlicht.

ANNEXES SOUS FORME DE DOCUMENTS SÉPARÉS

Annexe 1: Convention sur les contributions des cantons aux hôpitaux relative au financement de la formation médicale postgrade et sur la compensation intercantonale des charges

II.

Aucune modification d'actes dans cette partie.

III.

Aucune abrogation d'actes dans cette partie.

IV.

La présente loi est soumise au referendum législatif. Elle n'est pas soumise au referendum financier.

Elle entre en vigueur à la date fixée par le Conseil d'Etat.

ANHÄNGE IN DER FORM SEPARATER DOKUMENTE

Anhang 1: Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen

II.

Keine Änderung von Erlassen in diesem Abschnitt.

III.

Keine Aufhebung von Erlassen in diesem Abschnitt.

IV.

Dieses Gesetz untersteht dem Gesetzesreferendum. Es untersteht nicht dem Finanzreferendum.

Der Staatsrat legt das Inkrafttreten dieses Gesetzes fest.

**Convention sur les contributions des cantons
aux hôpitaux relative au financement de la formation
médicale postgrade et sur la compensation
intercantonale des charges (Convention sur le financement
de la formation postgrade CFFP)**

du 20.11.2014

*La Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux
de la santé (CDS)*

Considérant que:

l'accès de la population aux médecins spécialistes doit être garanti à long terme;

les cantons ont décidé de s'engager de manière plus importante dans la formation postgrade des médecins;

les hôpitaux qui accueillent des sites de formation postgrade reconnus doivent en conséquence également être soutenus financièrement par les cantons et les charges inégales en découlant entre les cantons doivent être compensées,

Décide:

Art. 1 Objet et but

¹ La convention fixe la contribution minimale des cantons à leurs propres hôpitaux à titre de participation aux coûts de la formation médicale postgrade structurée au sens de la Loi sur les professions médicales.

² Elle règle de plus la compensation des différences de charges entre les cantons par l'octroi de la contribution minimale conformément à l'al. 1.

**Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen
Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung
der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich
unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungs-
vereinbarung WFV)**

vom 20.11.2014

*Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren (GDK)*

In Erwägung dass:

die Versorgung der Bevölkerung mit Fachärzten langfristig gesichert werden muss;

die Kantone beschlossen haben, sich verstärkt in der Weiterbildung zu engagieren;

demgemäss auch die Spitäler mit anerkannten Weiterbildungsstätten von den Kantonen finanziell zu unterstützen und sich hieraus ergebende unterschiedliche Belastungen unter den Kantonen auszugleichen sind,

beschliesst:

Art. 1 Gegenstand und Zweck

¹ Die Vereinbarung legt den Mindestbeitrag fest, mit dem sich die Standortkantone an den Kosten der Spitäler für die erteilte strukturierte Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten gemäss Medizinalberufegesetz beteiligen.

² Sie regelt zudem den Ausgleich des unterschiedlichen Kostenaufwands der Kantone durch die Gewährung des Mindestbeitrags gemäss Abs. 1.

Art. 2 Contributions des cantons

¹ Les cantons sièges versent à leurs hôpitaux un forfait annuel de 15 000 francs pour chaque médecin (en équivalent plein temps) accomplissant une formation postgrade pour autant que ce dernier avait au moment de l'obtention de la maturité son domicile légal dans un des cantons ayant adhéré à la convention.

² Les éventuels montants versés en sus ou versés par les cantons sièges pour les médecins accomplissant une formation postgrade qui avaient au moment de l'obtention de la maturité leur domicile légal dans un des cantons n'ayant pas adhéré à la convention ne sont pas compensés entre les cantons.

³ Les cantons vérifient que les établissements de formation postgrade de leurs hôpitaux sont reconnus conformément à la Réglementation pour la formation postgraduée accréditée par la Confédération.

⁴ La contribution au sens de l'art. 2 al. 1 est à chaque fois adaptée à l'évolution des prix si l'indice national des prix à la consommation (IPC) a augmenté de 10 pour cent au moins. Le point de départ est l'état de l'IPC à la conclusion de la convention (Base: décembre 2010=100). L'art. 6 al. 2 de la présente convention règle les détails. La décision intervient jusqu'au 30 juin et entre en vigueur à partir de l'année civile suivante.

Art. 3 Nombre de médecins accomplissant une formation postgrade

Les contributions octroyées aux hôpitaux dépendent du nombre de médecins (en équivalent plein temps), tel qu'il ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Demeurent réservées d'éventuelles corrections selon art. 2 al. 2 et après vérification du bien-fondé des données selon art. 6, al. 2, let. e.

Art. 4 Canton siège

Le canton siège d'un hôpital est le canton sur le territoire duquel il se situe.

Art. 5 Calcul de la compensation

¹ Le calcul de la compensation entre les cantons comprend plusieurs étapes:

1. Pour chaque canton: détermination des prestations fournies à titre de contribution, selon l'art. 2 al. 1;
2. Addition des prestations fournies à titre de contribution par tous les cantons parties à la présente convention;

Art. 2 Contributions der Standortkantone

¹ Die Standortkantone richten den Spitälern pro Jahr und Ärztin und Arzt in Weiterbildung (Vollzeitäquivalent) pauschal 15 000 Franken aus, sofern die betreffende Ärztin/der betreffende Arzt im Zeitpunkt der Erlangung des Universitätszulassungsausweises ihren/seinen Wohnsitz in einem der Vereinbarung beigetretenen Kanton hatte.

² Allfällige höhere Beiträge der Standortkantone oder Beiträge der Standortkantone für Ärztinnen und Ärzte, die im Zeitpunkt der Erlangung des Universitätszulassungsausweises ihren Wohnsitz nicht in einem der Vereinbarung beigetretenen Kanton hatten, werden unter den Kantonen nicht ausgeglichen.

³ Die Standortkantone überprüfen, ob die Weiterbildungsstätten ihrer Spitäler über eine Anerkennung gemäss der vom Bund akkreditierten Weiterbildungsordnung verfügen.

⁴ Der Beitrag gemäss Art. 2 Abs. 1 wird jeweils an die Preisentwicklung angepasst, wenn der Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) um mindestens 10 Prozent gestiegen ist. Ausgangspunkt ist der Stand des LIK bei Vertragsabschluss (Basis Dezember 2010=100). Das gemäss Art. 6 Abs. 2 zu erlassende Geschäftsreglement regelt die Einzelheiten. Die Beschlussfassung erfolgt bis zum 30. Juni mit Wirkung ab dem folgenden Kalenderjahr.

Art. 3 Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte (Vollzeitäquivalente), für die den Spitälern Beiträge gewährt werden, richtet sich nach der Erhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS). Vorbehalten bleiben Korrekturen gemäss Art. 2 Abs. 2 und aufgrund von Plausibilisierungen gemäss Art. 6 Abs. 2 Bst. e.

Art. 4 Standortkanton

Standortkanton ist der Kanton, in dem das Spital liegt.

Art. 5 Berechnung des Ausgleichs

¹ Der Ausgleich unter den Kantonen wird in folgenden Schritten ermittelt:

1. Ermittlung der Beitragsleistungen gem. Art. 2 Abs. 1 pro Kanton;
2. Summierung der Beitragsleistungen aller Vereinbarungskantone;

3. Division du résultat de cette addition par la population des cantons parties à la présente convention;
4. Pour chacun des cantons parties à la présente convention: multiplication de la contribution moyenne par habitant en Suisse par la population du canton concerné;
5. Pour chacun des cantons parties à la présente convention: comparaison entre les prestations fournies à titre de contribution par le canton concerné et la valeur moyenne en Suisse;
6. L'écart mis en évidence lors de l'étape 5 représente le montant à payer ou à recevoir par le canton partie à la présente convention à titre de compensation.

²La compensation a lieu annuellement.

Art. 6 Assemblée des cantons signataires

¹La mise en œuvre de la présente convention incombe à l'assemblée des cantons signataires (ci-après: l'assemblée).

²Les tâches de l'assemblée sont:

- a. Election de la présidence;
- b. Ediction d'un règlement d'organisation;
- c. Désignation du secrétariat;
- d. Adaptations de la contribution minimale selon l'article 2 alinéa 4;
- e. Vérification du bien-fondé des données en équivalent plein temps selon l'article 3;
- f. Détermination de la compensation selon l'article 5;
- g. Information annuelle des cantons signataires.

³Les décisions de l'assemblée requièrent l'unanimité. Les décisions selon l'alinéa 2 let. d, e et f s'appliquent à partir de l'année civile suivante.

Art. 7 Coûts de mise en œuvre

Les coûts de mise en œuvre de la présente convention sont supportés par les cantons signataires à raison de leur population.

3. Teilung der Summe durch die Bevölkerung der Vereinbarungskantone;
4. Multiplikation des gemittelten pro Kopf-Beitrages eines jeden Vereinbarungskantons mit seiner Bevölkerung;
5. Gegenüberstellung der Beitragsleistung eines jeden Vereinbarungskantons mit den gemittelten Werten;
6. Die Differenz der Werte gemäss Schritt 5 bildet den vom Vereinbarungskanton als Ausgleich zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beitrag.

²Der Ausgleich erfolgt jährlich.

Art. 6 Versammlung der Vereinbarungskantone

¹Der Vollzug dieser Vereinbarung obliegt der Versammlung der Vereinbarungskantone (Versammlung).

²Die Versammlung hat folgende Aufgaben:

- a. Wahl des Vorsitzes;
- b. Erlass eines Geschäftsreglements;
- c. Bezeichnung der Geschäftsstelle;
- d. Anpassungen des Mindestbeitrags gemäss Art. 2 Abs. 4;
- e. Plausibilisierung der Vollzeitäquivalente gemäss Art. 3;
- f. Festlegung des Ausgleichs gemäss Art. 5;
- g. Jährliche Berichterstattung an die Vereinbarungskantone.

³Die Beschlüsse der Versammlung erfordern Einstimmigkeit. Die Beschlüsse gemäss Abs. 2 lit. d, e und f gelten ab dem folgenden Jahr.

Art. 7 Vollzugskosten

Die Vollzugskosten dieser Vereinbarung werden von den Vereinbarungskantonen nach Massgabe der Bevölkerungszahl getragen.

Art. 8 Règlement des différends

Les cantons signataires s'engagent à appliquer la procédure de règlement des différends réglée dans la section IV de l'ACI avant de saisir le Tribunal fédéral.

Art. 9 Adhésion

L'adhésion à la présente convention prend effet avec sa communication à la CDS.

Art. 10 Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur lorsqu'au moins 18 cantons y ont adhéré. La Confédération doit en être informée.

Art. 11 Retrait et fin de la convention

¹ Tout canton signataire peut décider de sortir de la convention; le retrait intervient au moyen d'une déclaration adressée à la CDS. Il prend effet à la fin de l'année civile qui suit celle de la déclaration et met fin à la convention si le nombre des cantons signataires tombe en dessous de 18.

² Le retrait peut intervenir au plus tôt pour la fin de la cinquième année à compter de l'entrée en vigueur de la convention.

Art. 12 Durée de validité

La présente convention est de durée indéterminée.

Art. 8 Streitbeilegung

Die Vereinbarungskantone verpflichten sich, vor Anrufung des Bundesgerichts das im IV. Abschnitt der IRV geregelte Streitbeilegungsverfahren anzuwenden.

Art. 9 Beitritt

Der Beitritt zu dieser Vereinbarung wird mit der Mitteilung an die GDK wirksam.

Art. 10 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt in Kraft, wenn ihr mindestens 18 Kantone beigetreten sind. Sie ist dem Bund zur Kenntnis zu bringen.

Art. 11 Austritt und Beendigung der Vereinbarung

¹ Jeder Vereinbarungskanton kann den Austritt aus der Vereinbarung beschliessen und durch Erklärung gegenüber der GDK austreten. Der Austritt wird mit dem Ende des auf die Erklärung folgenden Kalenderjahres wirksam und beendet die Vereinbarung, wenn durch den Austritt die Zahl der Vereinbarungskantone unter 18 fällt.

² Der Austritt kann frühestens auf das Ende des 5. Jahres seit Inkrafttreten der Vereinbarung erklärt werden.

Art. 12 Geltungsdauer

Die Vereinbarung gilt unbefristet.

ANNEXE

Tableau des contributions à verser ou à percevoir par les cantons à titre de compensation

Cantons	Données 2012
AG	-2 060 701
AI	-263 102
AR	-148 185
BE	-159 366
BL	-1 233 508
BS	7 238 745
FR	-1 468 716
GE	2 408 753
GL	-274 558
GR	-147 664
JU	-344 321
LU	-1 086 142
NE	-440 142
NW	-410 503
OW	-363 622
SG	169 787
SH	-419 773
SO	-1 520 352
SZ	-1 675 471
TG	-1 146 256
TI	-71 503
UR	-322 216
VD	3 677 783
VS	-928 977
ZG	-1 005 656
ZH	1 995 666

Le tableau sera encore actualisé avec les dernières données disponibles selon art. 3 et 5 avant l'entrée en vigueur de la convention.

ANHANG

Tabelle der von den Kantonen als Ausgleich zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge

Kantone	Aktualisierung mit Daten 2012
AG	-2 060 701
AI	-263 102
AR	-148 185
BE	-159 366
BL	-1 233 508
BS	7 238 745
FR	-1 468 716
GE	2 408 753
GL	-274 558
GR	-147 664
JU	-344 321
LU	-1 086 142
NE	-440 142
NW	-410 503
OW	-363 622
SG	169 787
SH	-419 773
SO	-1 520 352
SZ	-1 675 471
TG	-1 146 256
TI	-71 503
UR	-322 216
VD	3 677 783
VS	-928 977
ZG	-1 005 656
ZH	1 995 666

Die Tabelle wird vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung mit den zuletzt verfügbaren Datengrundlagen gemäss Art. 3 und 5 aktualisiert.