

Vorlage für das Vernehmlassungsverfahren

vom 3. März 2015

Bericht und Antrag des Regierungsrats an den Landrat zur Änderung des Gesundheitsgesetzes (Förderung der medizinischen Grundversorgung)

Zusammenfassung

Am 18. Mai 2014 nahm das Schweizer Stimmvolk den Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung (direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin») mit einem überwältigen Ja-Stimmenanteil von 88 Prozent an. Der neue Verfassungsartikel (Art. 117a BV; SR 101) erteilt Bund und Kantonen den Auftrag, die medizinische Grundversorgung zu erhalten und zu fördern. Konkret verpflichtet er Bund und Kantone, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Zudem haben sie die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung zu anerkennen und zu fördern. Die Verfassung des Kantons Uri (KV; RB 1.1101) definiert das Gesundheitswesen als Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden. Nach Artikel 45 KV fördern Kanton und Gemeinden die Volksgesundheit, die Gesundheitsvorsorge und die Krankenpflege und schaffen die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung ist auch im Kanton Uri ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Am 8. April 2009 reichte Landrat Dr. Toni Moser, Bürglen, eine Motion ein, worin er eine Strategie zur Sicherung und Förderung der Hausarztmedizin forderte. Auf Antrag des Regierungsrats erklärte der Landrat die Motion am 21. Oktober 2009 einstimmig erheblich. Anfang Januar 2015 wurden zwei Kleine Anfragen aus dem Landrat zur medizinischen Grundversorgung eingereicht. Insbesondere der Vorstoss von Landrat Toni Gamma, Gurnellen, befasst sich mit Fragen zur Unterstützung und Förderung der medizinischen Grundversorgung im Kanton Uri.

Angesichts der demographischen Alterung und der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsräumen und ländlichen Regionen gibt es gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Dieser Handlungsbedarf wird für den Kanton Uri durch die jüngsten Zahlen des Bundesamts für Statistik verdeutlicht. So wies Uri im Jahr 2013 die geringste Ärztedichte aller Kantone

auf. Sorge bereitet auch die Tatsache, dass die Ärztedichte in Uri seit Jahren abnimmt und zwar massiv. Während die Abnahme in den fünf ebenfalls von einem Rückgang betroffenen Kantonen weniger als zehn Indexpunkte betrug, nahm die Ärztedichte in Uri gar um 25 Indexpunkte ab. Verschärfend kommt hinzu, dass die Hälfte aller heute in Uri praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte in den nächsten zehn Jahren das Pensionsalter erreichen wird.

Die genannten Entwicklungen verlangen nach Antworten und Massnahmen für die künftige Sicherstellung der flächendeckenden und bevölkerungsnahen medizinischen Versorgung. Gerade auch für zentrumsferne Gebiete im Kanton Uri müssen Versorgungslösungen gefunden werden. Vor diesem Hintergrund hat der Kanton eine Gesetzesvorlage erarbeitet, die neue Instrumente im kantonalen Recht schafft. Künftig soll es dem Kanton und den Gemeinden möglich sein, via Förder- und Anreizsysteme einer Unterversorgung entgegenzuwirken bzw. die Grundversorgung zu erhalten bzw. zu verbessern. Mit der Revision des Gesundheitsgesetzes werden Artikel 117a der Bundesverfassung und die Motion Moser umgesetzt.

I. Ausführlicher Bericht

1. Ausgangslage

1.1 Begriff der medizinischen Grundversorgung

Unter medizinischer Grundversorgung wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorger/innen sowie weiterer Gesundheitsfachpersonen und Institutionen verstanden. Als Grundversorgung ist dabei massgebend, dass deren grundlegende Leistungen erfahrungsgemäss regelmässig von der breiten Bevölkerung oder den einzelnen Bevölkerungsgruppen potenziell oder effektiv beansprucht werden und dies auch zukünftig der Fall sein wird. Zu den ärztlichen Grundversorger/innen gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde sowie praktischer Arzt / praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel. Unter die weiteren Gesundheitsfachpersonen fallen die Angehörigen der nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes bewilligungspflichtigen Berufe sowie Assistenzberufe wie Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten.

Die Vorlage verzichtet darauf, den Begriff der medizinischen Grundversorgung im Gesetz zu definieren. Die medizinische Grundversorgung orientiert sich nämlich am üblichen Bedarf der Bevölkerung an grundlegenden präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen medizinischen Gütern und Dienstleistungen¹. Der Begriff ist folglich wandelbar.

1.2 Bedeutung der medizinischen Grundversorgung

Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Pflegende, Apothekerinnen und Apotheker sowie Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten etc. kümmern sich heute in der Schweiz um nicht weniger als 90 Prozent aller Gesundheitsprobleme. Die medizinische Grundversorgung ist also das Herzstück unseres Gesundheitssystems – und damit schlicht unverzichtbar.

¹ vgl. Botschaft zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»; BBl 2011 7577

1.3 Versorgungssituation

1.3.1 Versorgungssituation in der Schweiz

Die Schweiz weist im OECD-Ländervergleich eine der höchsten Ärztedichten auf. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte hat vor allem aufgrund der Zuwanderung aus den umliegenden Ländern in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Diese Aussage trifft auch auf die ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger zu, deren Zahl schweizweit von Jahr zu Jahr gestiegen ist. Problematisch ist hingegen die unterschiedliche Verteilung, die in zahlreichen Regionen zu angespannteren Situationen führen. So namentlich auch im Kanton Uri.

Gesamtschweizerisch ungünstig ist die Altersverteilung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger. So beträgt das Durchschnittsalter der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte 54 Jahre. Dies wird in den kommenden fünf bis zehn Jahren zu einem Mehrbedarf an Hausärztinnen und Hausärzten führen. Der Frauenanteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und lag im Jahr 2013 bei 39 Prozent. Dieser Anteil wird in den kommenden Jahren weiter ansteigen, da der Frauenanteil bei Erhalt des Staatsexamens bereits bei 62 Prozent liegt. Diese oft auch als "Feminisierung der Medizin" bezeichnete Tatsache wird die medizinische Grundversorgungssituation erheblich verändern. Hinzu kommt die zunehmende Nachfrage nach Teilzeitarbeit. Im ambulanten Bereich arbeiten aktuell 31 Prozent der Männer Teilzeit, während der Anteil bei den Frauen 73 Prozent beträgt. Ärztinnen bevorzugen hauptsächlich ein Arbeitspensum, welches einem Beschäftigungsgrad von rund 60 bis 80 Prozent entspricht. Mit der zunehmenden Teilzeittätigkeit wird eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. eine ausgewogene Work-Life-Balance angestrebt. Das bedeutet auch, dass die für die Bevölkerung wichtigen Notfalldienste mit Abend- und Nachteinsätzen sowie Wochenendarbeit mehr und mehr unattraktiv werden. Grosse Auswirkungen hat dies auch auf die Nachfolgeregelung bei einer bisherigen Einzelpraxis. Eine heute 100 Prozent arbeitende Hausarztperson muss durch mindestens zwei Teilzeit arbeitende Ärztinnen oder Ärzte ersetzt werden. Hinzu kommt, dass die heutigen Grundversorgerinnen und Grundversorger zunehmend in einem Team arbeiten wollen, um den fachlichen Austausch stärker pflegen zu können.

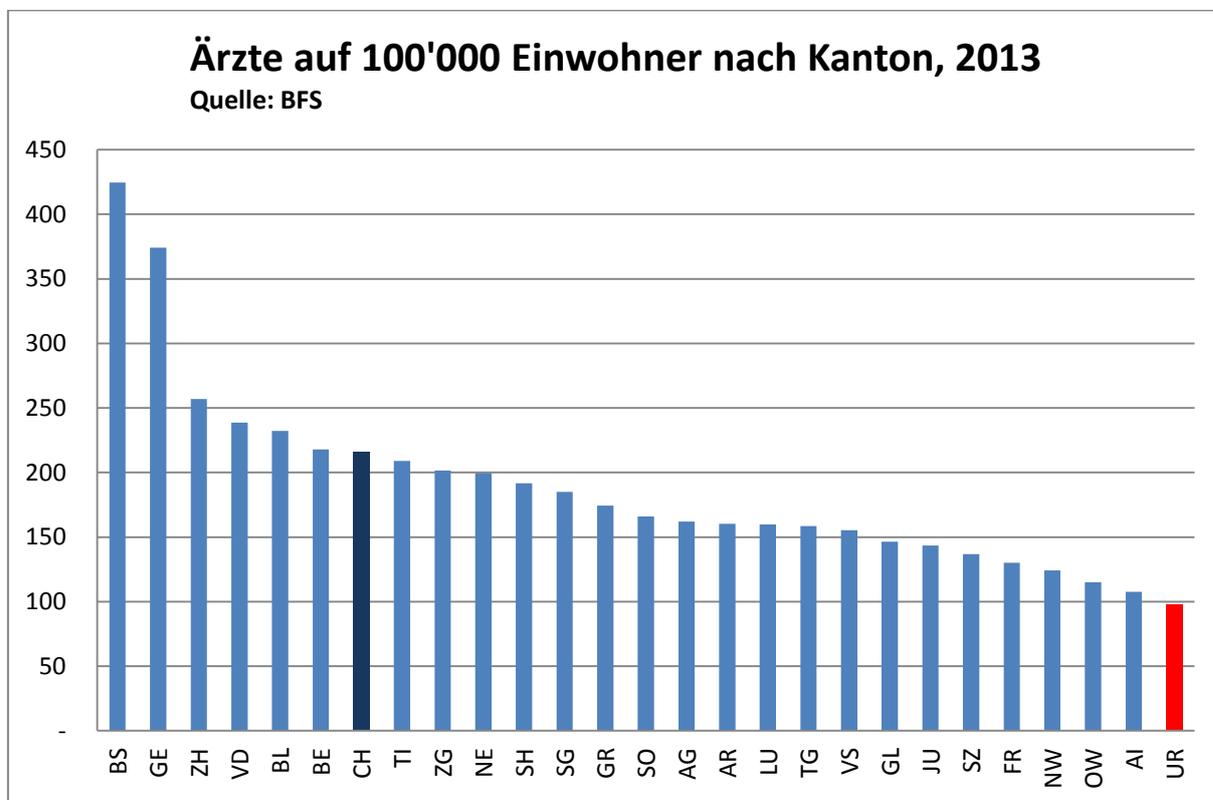
Auf der anderen Seite nimmt die Zahl der betagten Bevölkerung in der Schweiz laufend zu, womit auch die Zahl der Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten steigt. Es droht ein Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachpersonen².

² Obsan Publikation Nr. 35: Gesundheitspersonal in der Schweiz - Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020, Februar 2009

1.3.2 Versorgungssituation in Uri

Uri hat schweizweit die tiefste Ärztedichte pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner³.

Abbildung 1: Ärztedichte in Schweizer Kantonen



Zudem besteht bei den in Uri praktizierenden Ärztinnen und Ärzten - verglichen mit anderen Regionen in der Schweiz - eine hohe Altersstruktur. Von insgesamt 34 in Uri praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sind 26 Grundversorger (Hausärztinnen/Hausärzte, Gynäkologinnen/Gynäkologen, Pädiaterinnen/Pädiater).⁴ Davon erreicht in den nächsten zehn Jahren rund die Hälfte das Pensionsalter:

Abbildung 2: Erreichen des Pensionsalters der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Uri

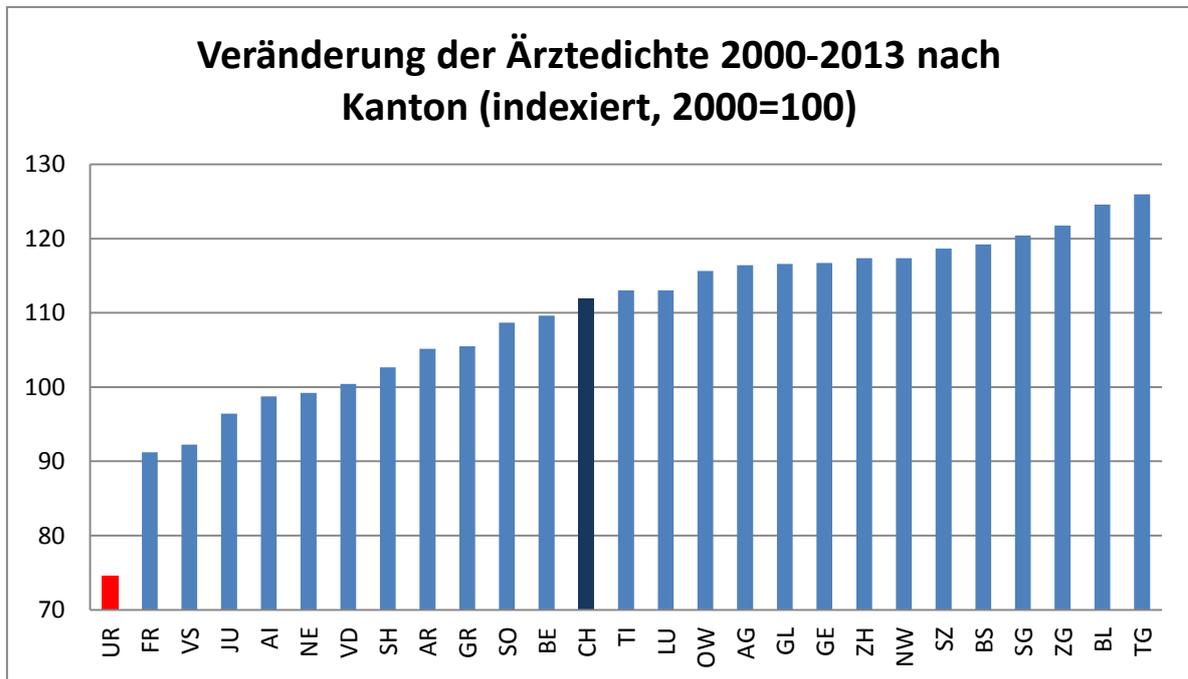
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0 ⁵	1	1	2	3	1	1	1	2	0

³ Bundesamt für Statistik: Ärzte und Zahnärzte 2013 www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.html

⁴ Stand 1. Januar 2015

⁵ Während der Erarbeitung dieser Vorlage, das heisst in der Zeit zwischen Januar und März 2015 schlossen gleich zwei Hausärzte ihre Praxen, ohne für sich eine Nachfolge gefunden zu haben.

Abbildung 3: Veränderung der Ärztedichte (praktizierende Ärztinnen und Ärzte) in den Kantonen



Hinzu kommt, dass in Uri die Hausärztinnen und Hausärzte einen überdurchschnittlich grossen Anteil an der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung leisten, da in den meisten Fachgebieten keine Spezialärztinnen oder Spezialärzte in Uri praktizieren.

Der für die nächsten Jahre prognostizierte Nachfrageüberhang nach medizinischen Leistungen aufgrund der ungünstigen Altersverteilung der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger einerseits sowie aufgrund der Alterung der Gesellschaft andererseits betrifft nicht nur die Hausärztinnen und Hausärzte, sondern wirkt sich auch auf andere Bereiche der medizinischen Grundversorgung aus. Namentlich im Bereich der Pflege (spitalintern wie -extern) ist die Personalsituation bereits heute angespannt, und für die nächsten zehn Jahre wird ein erheblicher Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal prognostiziert.

Eine Stärkung der Grundversorgung ist auch deshalb notwendig, weil sich die Alterung der Gesellschaft auf den zukünftigen Behandlungsbedarf auswirkt. Insbesondere die Versorgung chronisch Kranker ist von grosser Bedeutung. Laut aktueller Hochrechnung wird die Anzahl der 80+ für den Kanton Uri von heute 2091 Personen auf 3363 Personen im Jahr 2035 steigen.⁶ Weil dieser Teil der Bevölkerung in den kommenden Jahren im Kanton Uri stark zunehmen wird, steigt auch der Bedarf an Leistungen der medizinischen Grundversorgung und der Betreuungs- und Koordinationsbedarf überproportional an.

⁶ Mitteilung Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel (Obsan) vom 11. Februar 2015

2. Politisches Umfeld

2.1 Regierungsprogramm 2012 bis 2016

Der Regierungsrat hat den sich abzeichnenden Mangel an Gesundheitsfachpersonen erkannt und im Regierungsprogramm 2012 bis 2016 folgende Massnahmen aufgenommen:

Legislaturziele

e) Uri bleibt in organisatorischer, gesellschaftlicher, sozialer und kultureller Hinsicht attraktiv.

...

Zugehörige Massnahmen

26. Wir unterstützen und fördern die medizinische Grundversorgung und stellen den Sanitäts-Rettungsdienst im ganzen Kanton sicher.

27. Wir setzen uns aktiv dafür ein, den für die Versorgung notwendigen Nachwuchs in den Gesundheitsberufen nachhaltig zu sichern

2.2 Bundesbeschlusses über die medizinische Grundversorgung (Artikel 117a BV)

Mit der Annahme des Bundesbeschlusses über die medizinische Grundversorgung (Direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin») vom 18. Mai 2014 (88 Prozent Ja-Stimmanteil) ergibt sich ein expliziter Auftrag für die Kantone, die Hausarztmedizin als wesentlichen Bestandteil der Grundversorgung zu erhalten und zu fördern. Der neue Verfassungsartikel verpflichtet Bund und Kantone, für eine medizinische Grundversorgung zu sorgen, die in hoher Qualität erbracht wird und zu der jeder und jede überall in der Schweiz rasch Zugang hat.⁷ Er will die medizinische Grundversorgung als Ganzes stärken und dafür auch die Hausarztmedizin gezielt fördern. Mit dem neuen Verfassungsartikel bleiben die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen im Wesentlichen unverändert. Es ist primär Aufgabe von Kantonen und Gemeinden, die medizinische Versorgung auf ihrem Gebiet sicherzustellen.

⁷ Das Verfassungsrecht des Bundes (BV; SR 101) befasst sich grundsätzlich nicht mit der Ebene der Gemeinden. Die BV belässt den Kantonen einen grossen Freiraum in Fragen der inneren Organisation (vgl. Art. 3 BV; BBl 1997 I 217). Nach Artikel 43 BV ist es Sache der Kantone, die Aufgabeteilung zwischen Kanton und Gemeinden zu bestimmen. Dabei ist bei der Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben der Grundsatz der Subsidiarität zu beachten (Art. 5a BV).

2.3 Handlungsbedarf in Uri

Die unter Ziffer 1.3 genannten Entwicklungen und Trends verlangen nach Lösungen für die Sicherstellung der flächendeckenden und bevölkerungsnahen medizinischen Versorgung in hoher Qualität. Gerade auch für zentrumsferne Gebiete müssen Lösungen gefunden werden.

Da in Uri bereits heute ein Mangel an medizinischen Grundversorgerinnen und Grundversorgern und insbesondere an Hausärztinnen und Hausärzten besteht, ist der Kanton stärker gefordert als andere Kantone. Dabei steht der Kanton Uri auch im Wettbewerb um qualifiziertes Gesundheitspersonal mit umliegenden Kantonen wie z. B. Nidwalden, Luzern oder Schwyz, in denen sich ebenfalls ein Mangel abzeichnet. Uri muss daher geographische Wettbewerbsnachteile durch attraktivere und bessere Rahmenbedingungen beseitigen. Deshalb wird eine flexible gesetzliche Grundlage geschaffen, damit die öffentliche Hand künftig versorgungspolitisch sinnvolle Massnahmen fördern und finanziell unterstützen kann, sofern gewisse Rahmenbedingungen erfüllt sind. Es soll der Zugang zu innovativen bzw. wohnortnahen (jedoch immer) ambulanten Angeboten oder Versorgungsmodellen ermöglicht und sichergestellt werden.

3. Konzeption der Vorlage

3.1 Geltende Rechtsgrundlagen im Kanton Uri

Nachfolgend werden ausgewählte kantonalrechtliche Bestimmungen aufgeführt und kurz erläutert.

Nach Artikel 45 der Verfassung des Kantons Uri (KV; BSG 1.1101) fördern der Kanton und die Gemeinden die Volksgesundheit, die Gesundheitsvorsorge und die Krankenpflege. Sie schaffen die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Obwohl Kanton und Gemeinden den verfassungsmässigen Auftrag haben, die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu schaffen, ist die ambulante Versorgung grundsätzlich privatwirtschaftlich organisiert. Im Gegensatz zum stationären Bereich (Spitäler und Pflegeheime) unterliegt sie keiner staatlichen Versorgungsplanung. Die schweizerische Versorgungspolitik in der ambulanten Grundversorgung geht grundsätzlich von einem weitgehend funktionierendem Zusammenspiel zwischen der Nachfrage medizinischer Dienstleistungen in der Bevölkerung und dem Angebot privater Leistungserbringer aus.

Im Bereich der ambulanten Versorgung folgt der Kanton Uri (und auch die Gemeinden) dem Subsidiaritätsprinzip: Er wird jeweils nur dann aktiv, wenn Marktmechanismen nicht oder ungenügend spielen und geeignete Massnahmen fehlen oder von entsprechenden Akteuren nicht oder nur ungenügend umgesetzt werden können. Bereits heute besteht die Möglichkeit, dass der Regierungsrat gestützt auf Artikel 9 des Gesundheitsgesetzes mit anderen Gemeinwesen, Organisationen oder Privaten im Gesundheitsbereich Verträge abschliesst und die damit verbundenen Ausgaben beschliesst. Diese Kompetenz zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen im Gesundheitswesen, einschliesslich der Ausgabekompetenz erfasst allerdings nur den Einkauf bzw. die Bestellung von konkreten medizinischen Leistungen (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie etc.) und Gesundheitsangeboten (z. B. Weiterbildungsangebote, Krebsregister, Impfmonitoring etc.). Vorliegend geht es aber zusätzlich um die Sicherstellung und Förderung der medizinischen Grundversorgung.

Die zukünftige Entwicklung der medizinischen Grundversorgung hängt wesentlich vom Funktionieren des Zusammenspiels zwischen der Nachfrage medizinischer Dienstleistungen und dem Angebot privater Leistungserbringer ab. Der Handlungsspielraum der ambulanten Leistungserbringer wird massgeblich durch die rechtlichen Rahmenbedingungen aufgrund der nationalen Gesetzgebung beeinflusst. Mit der vorliegenden Teilrevision des Gesundheitsgesetzes werden die kantonalen Einflussmöglichkeiten zur Unterstützung und Förderung der medizinischen Grundversorgung erweitert. Dabei wird der Handlungsspielraum des Kantons und der Gemeinden bewusst weit gefasst.

Angesichts der gegenwärtigen Situation, bei der bereits eine angespannte Versorgungslage herrscht und eine weitere Verschärfung absehbar ist, wäre es verfehlt, den Handlungsspielraum eng zuzufassen, so dass eine neuerliche Anpassung der kantonalen und gemeindlichen Finanzierungs- und Steuerungsregelungen sehr bald wieder nötig würde, sofern sich die Instrumente für die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung des Kantons Uri zukünftig als ungenügend erweisen sollten. Es wurde bewusst eine reiche Palette an Massnahmen gewählt, damit vorausschauend agiert und auf künftige Entwicklungen reagiert werden kann.

Mit dem vorliegenden Erlass werden die erforderlichen Rechtsgrundlagen geschaffen, um den im neuen Verfassungsartikel enthaltenen Auftrag erfüllen zu können und um das notwendige Fachpersonal finden und behalten zu können. Ausgangspunkt bildet dabei Artikel 45 KV. Vorgesehen ist deshalb, dass Kanton und die Gemeinden gemeinsam attraktive Rahmenbedingungen bieten und ein besonderes Engagement leisten. Dafür sind auch zusätzliche finanzielle Mittel notwendig.

3.2 Vorgesehene Fördermassnahmen

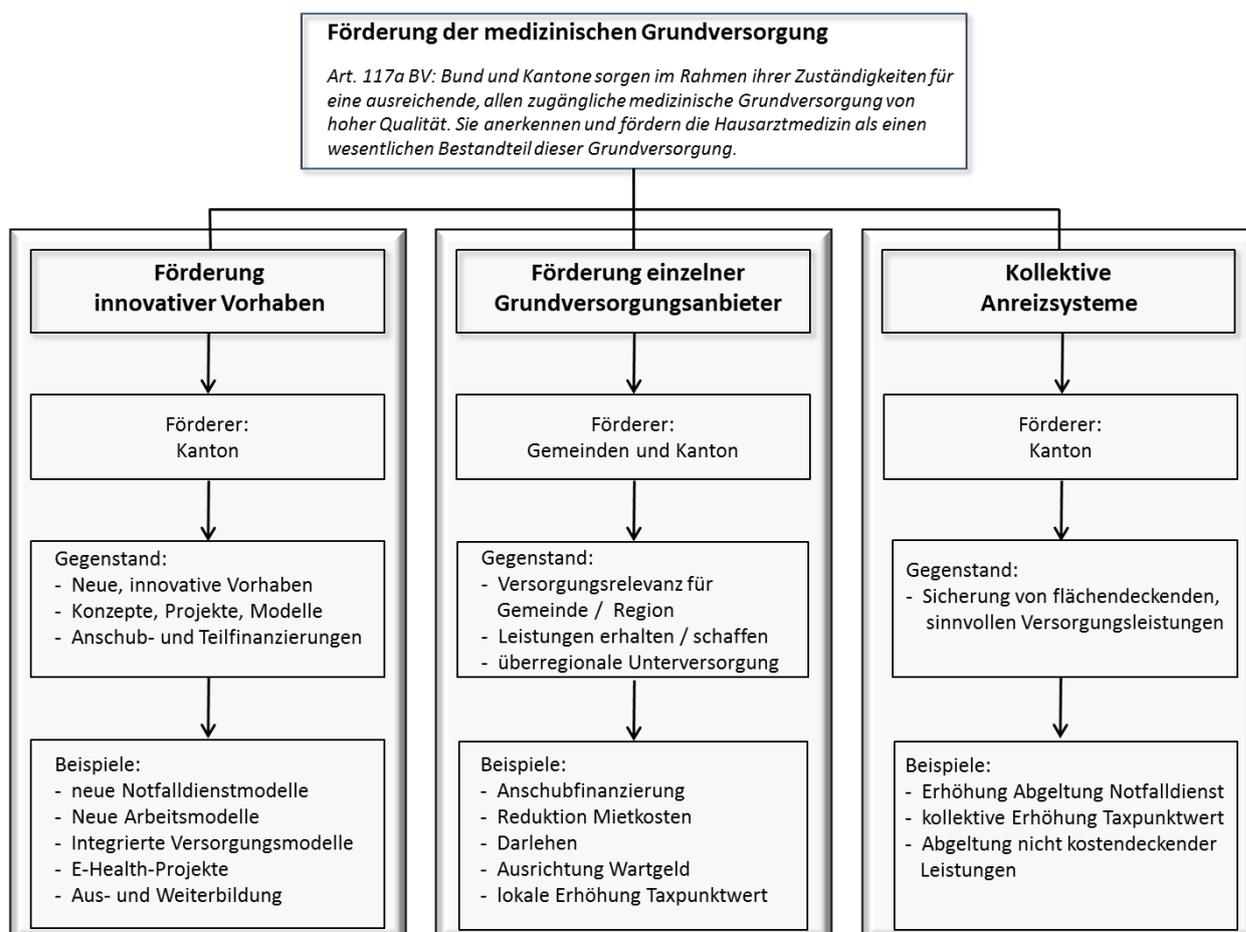
Um das Niveau der medizinischen Grundversorgung zu halten und zu verbessern, müssen verschiedene Massnahmen getroffen werden. Ziel ist, dass sich die Situation von Patientinnen und Patienten nicht weiter verschlechtert oder wieder verbessert, etwa indem der Zugang zu erforderlichen medizinischen Leistungen sowie zu Arznei- und Hilfsmitteln sichergestellt wird, oder indem Behandlungsabläufe optimiert werden. Die Lösungsansätze und Handlungsfelder erstrecken sich dabei in verschiedene Richtungen. Durch eine gezielte Förderung sowie durch attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen sollen Leistungsanbieter motiviert werden, in Uri zu arbeiten. Je nachdem muss auch die Leistungsabteilung verbessert und den fachlichen und zeitlichen Anforderungen sowie dem Marktumfeld angepasst werden. Neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle sollen gefördert und die Belastungen durch die Leistung von Notfalldiensten vermindert werden. Die Aus- und Weiterbildung ist auszubauen und den spezifischen Anforderungen anzupassen. Auch soll eine bessere Vereinbarkeit von Familie und beruflicher Tätigkeit angestrebt werden. Zudem soll der Wiedereinstieg in die Grundversorgertätigkeit gezielt gefördert werden. Hier besteht ein grösseres Potential, wobei insbesondere Wiedereinsteigerinnen in den wenigsten Fällen Vollzeit arbeiten wollen. Letztendlich müssen Grundversorger durch attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen sowie durch geeignete Anreize dazu motiviert werden, sich in Regionen mit einer gefährdeten oder bereits ungenügenden Grundversorgung niederzulassen.

Die ausgearbeitete Gesetzesvorlage will insbesondere ermöglichen, dass

- der Kanton von sich aus Förderbeiträge an neue und innovative Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle auf kantonaler Ebene leisten kann (Art. 18b). Bis zum Betrag von 250 000 Franken (Anschub- und Teilfinanzierung) oder 2 000 000 Franken (Darlehen) pro Vorhaben soll die Finanzkompetenzen beim Regierungsrat liegen. Für darüber hinausgehende Beiträge ist der Landrat abschliessend zuständig. Beispiele für kantonale Förderbeiträge sind E-Health-Projekte, integrierte Versorgungsmodelle oder Beiträge für den ärztlichen Notfalldienst.
- die Gemeinden unter gewissen Voraussetzungen an einzelne Leistungserbringer der ambulanten Grundversorgung Beiträge auf kommunaler Ebene gewähren können und der Kanton maximal den gleichen Beitrag wie die betreffenden Gemeinden leisten kann (Art. 18c). Solche Äquivalenzbeiträge sollen abschliessend in der Kompetenz des Regierungsrats liegen. Mögliche Beispiele sind die lokale Erhöhung des Taxpunktswerts, die Anschubfinanzierung für eine Praxis oder Inkonvenienzentschädigungen.

- der Landrat durch Verordnung kollektive Anreizsysteme für Grundversorger schaffen kann, um den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen (Art. 18d). Denkbar wäre etwa die generelle Erhöhung des Taxpunktwerts für eine Gruppe von Leistungserbringern und zwar auf dem ganzen Kantonsgebiet.

Abbildung 4: Konzeption der Massnahmen gemäss entworfener Gesetzesvorlage



Daneben ist es wie bis anhin möglich, dass der Regierungsrat gestützt auf Artikel 9 des Gesundheitsgesetzes individuelle Leistungsaufträge im Bereich der medizinischen Versorgung erteilen und finanzieren kann. Beispiele für derartige individuelle Leistungsaufträge sind Förderprogramme der Ärztesgesellschaft Uri, spezifische Aus- und Weiterbildungsleistungen oder ungenügend angebotene medizinische Leistungen (z. B. ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie, Ergo- und Physiotherapie für Kinder, Schularzt, ärztliche Betreuung von Asylsuchenden, Suchtmittelsubstitution usw.).

II. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Für die Förderung der medizinischen Grundversorgung wird unter der Ziffer 3.a ein neues Kapitel in das Gesundheitsgesetz eingefügt.

Artikel 18a Ziele und Grundsätze

Die Bestimmung hält die Ziele und Grundsätze fest. Nach Absatz 1 sollen der Kanton und die Gemeinden sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Grundversorgung einsetzen. Unter medizinischer Grundversorgung wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorger/innen sowie weitere Gesundheitsfachpersonen bzw. Institutionen verstanden. Zu den ärztlichen Grundversorger/innen gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde sowie praktischer Arzt / praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel. Unter die weiteren Gesundheitsberufe fallen die Angehörigen der nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes bewilligungspflichtigen Berufe sowie Assistenzberufe wie Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten.

Nach Absatz 2 ergreifen der Kanton und die Gemeinden Massnahmen, um die medizinische Grundversorgung zu stärken, um strukturellen Versorgungsproblemen zu begegnen und um attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Rahmenbedingungen sind insbesondere für die zukünftige Grundversorgungsgeneration möglichst so zu gestalten, dass der Nachwuchs Uri als attraktives Betätigungsfeld wahrnimmt. Das gilt insbesondere mit Blick auf die von der Nachfolgeneration bevorzugte Teilzeittätigkeit und den von ihnen vielfach als unattraktiv erachteten Notfalldienst mit Abend- und Nachteinsätzen respektive Wochenendarbeit. Will Uri die künftigen Strukturen für den Nachwuchs möglichst attraktiv gestalten, ist er gut beraten, Massnahmen zur Reduktion der zeitlichen Belastung der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger in die Wege zu leiten.

Die Förderung von Kanton und Gemeinden zielt auf diejenigen medizinischen Grundversorgungsangebote, die ohne Unterstützung nicht oder nicht ausreichend bereitgestellt werden können. Absatz 3 verankert damit das Subsidiaritätsprinzip. Damit ist auch klar, dass bestehende Anbieter bzw. Betriebe nicht konkurrenziert werden sollen. Wettbewerbsverzerrungen sind möglichst zu vermeiden.

Zudem besteht kein Rechtsanspruch auf Förderungsmassnahmen, wie Absatz 3 ausdrücklich klarstellt.

Artikel 18b Massnahmen a) Förderung innovativer Vorhaben

Wie die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, reicht eine rein auf Marktmechanismen ausgerichtete Gesundheitspolitik nicht aus, um die notwendige medizinische Grundversorgung flächendeckend gewährleisten zu können oder um den Rückgang an Versorgungsangeboten in gewissen Regionen, wie sie vermehrt auftreten, aufzufangen.

Unternehmerisches Denken und Handeln, Innovationsfähigkeit, die Ausschöpfung bestehender Potenziale und der Aufbau sowie die Optimierung und Verbesserung von Versorgungssystemen sind elementare Bestimmungsfaktoren für die künftige Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung und damit für Uri als attraktiven Wirtschafts- und Wohnkanton. Aus diesen Gründen legt Artikel 18b das Förderschwergewicht auf Initiativen, Programme oder Projekte, die die Versorgungsvoraussetzungen verbessern. Die Bestimmung stellt klar, dass es sich bei dieser Förderaufgabe um eine kantonale Aufgabe handelt.

Als innovative Vorhaben werden ganz allgemein neue oder zukunftsgerichtete Formen der Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle in der medizinischen Grundversorgung verstanden. Je nachdem werden dabei neue Formen der Leistungserbringung oder Betriebsstrukturen in den Fokus gerückt. Für derartige Projekte, Modellversuche oder Modelle kann der Kanton Beiträge gewähren. Angesichts der Problematik handelt sich bei der Förderung auch um "weiche" Versorgungsfaktoren, wie zum Beispiel "Arbeitsmodelle", oder den Bereichen "Kooperationen" und "Netzwerke" (z. B. integrierte und interdisziplinäre Versorgungsmodelle). Damit können insbesondere auch betriebsübergreifende Innovationsvorhaben unterstützt werden. Die Unterstützung schliesst ebenfalls Vorhaben überbetrieblicher Zusammenarbeit in der Notfallversorgung mit ein. Im Vordergrund steht in der Regel eine zeitlich beschränkte Anschub- und Teilfinanzierung (vgl. Art. 18e).

Der Klarheit halber sei hier vermerkt, dass familienkompatible Arbeits- und Rahmenbedingungen sowohl in der Weiterbildung als auch in der Praxistätigkeit ebenfalls unter den Begriff von förderungswürdigen innovativen Vorhaben fallen. Sie könnten dazu beitragen, dass sich beispielsweise junge Ärztinnen und Ärzte trotz der familiären Verpflichtungen zunehmend für eine hausärztliche Tätigkeit entscheiden. Bei entsprechenden Arbeitsbedingungen könnten Ärztinnen oder Ärzte mit Kindern nach einer Familienpause vermehrt wieder in den Beruf zurückkehren. Möglicherweise gibt es einige Ärztinnen oder Ärzte, die eine attraktive und geeignete Gelegenheit zu einem Wiedereinstieg nutzen würden. Dieses Potenzial könnte allenfalls kurzfristig genutzt werden, um Lücken in der hausärztlichen Praxis zu schliessen. Auch in Anbetracht der hohen Ausbildungskosten für ein Studium der Humanmedizin ist ein beruf-

licher Wiedereinstieg von Ärztinnen und Ärzten unbedingt anzustreben. Die durch die Familienarbeit erworbenen Kompetenzen würden sich zudem positiv auf die hausärztliche Tätigkeit auswirken.

Absatz 3 gibt vor, welche Vorhaben in erster Linie gefördert werden sollen. Allen Vorhaben ist gemeinsam, dass sie Wirkung auf Angebote der medizinischen Grundversorgung haben müssen, an denen ein Mangel besteht. Das ergibt sich aus der Zielsetzung gemäss Artikel 18a. Das Gesetz nennt ausdrücklich überbetriebliche und interdisziplinäre Kooperations- und Gemeinschaftsprojekte; Konzepte und Lösungsansätze mit Wirkung für medizinische Grundversorgungsleistungen, die im Kantonsgebiet nicht ausreichend angeboten werden; Modelle der integrierten Versorgung sowie von Netzwerken, aber auch Konzepte zur Verbesserung der Notfallversorgung. Die Bestimmung stellt sicher, dass Vorhaben gefördert werden, deren Nutzen zum grössten Teil Angeboten und Regionen anfällt, die mehrheitlich spezifische Versorgungsprobleme aufweisen. Dank dem wirkungsorientierten Ansatz kommen für eine Förderung nicht nur Initiativen, Programme und Projekte von Trägerschaften der betroffenen Gebiete in Frage, sondern auch solche von Trägerschaften ausserhalb des Gebietes (z. B. von Akteuren aus "Zentren" zusammen mit ihren Partnern).

Artikel 18c b) Förderung einzelner Grundversorgungsanbieter

Die Förderung einzelner Grundversorgungsanbieter ist in erster Linie Sache der Standortgemeinde. Sie fördern ansässige oder sich auf ihrem Gebiet neu niederlassende medizinische Grundversorgungsanbieter (Abs. 1). Die Gemeinden können unter den in Artikel 18c umschriebenen Voraussetzungen den Grundversorgungsanbietern Beiträge gewähren. Die Bestimmung dient ihnen somit als Rechtsgrundlage, wenn auch für den Ausgabebeschluss die gemeindlichen Finanzkompetenzen zu beachten sind. Bei der Förderung durch die Gemeinden kann sich der Kanton gleichwertig beteiligen (vgl. dazu unten).

Den Gemeinden (einzeln oder gemeinsam) ist es freigestellt, ob und mit welchem Beitrag sie einen einzelnen oder mehrere Grundversorgungsanbieter unterstützen wollen. Damit können die Gemeinden ihren Handlungsspielraum optimal nutzen. Es wird ermöglicht, dass die Gemeinden auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnittene Lösungen erarbeiten und sicherstellen können. Ein Anspruch besteht jedenfalls nicht. Absatz 2 sieht vor, dass sich der Kanton unter gewissen Voraussetzungen bis maximal im gleichen Ausmass finanziell beteiligen kann wie die Standortgemeinde. Konkret kann der Kanton die Standortgemeinden unterstützen, indem er maximal einen paritätischen Beitrag leistet, wenn mit dem Angebot die Versorgung einer Region verbessert wird oder dem Versorgungsangebot aus kantonaler Sicht strategische Bedeutung zukommt. Angesichts der Bedeutung solcher Angebote erscheint es

angebracht, dass der Kanton sich an den Leistungen der Gemeinden finanziell beteiligen kann. Indem es sich dabei um eine Kann-Vorschrift handelt, ist sichergestellt, dass der Kanton im Rahmen der verfügbaren Mittel selbstständig darüber befinden kann, für welche Vorhaben er Finanzhilfen gewähren will. Damit wird auch verhindert, dass der Kanton Finanzhilfen leistet an gemeindliche Förderungen, die einzig dazu dienen, überholte Strukturen zu erhalten. Es sollen kantonsseitig nur Projekte unterstützt werden, die direkt zu einer Angebotssteigerung und dadurch zu einer nachhaltigen Verbesserung der Nachfragedeckung selbst führt oder einen echten Beitrag zur nachhaltigen Sicherung oder Verbesserung der regionalen Versorgung leisten. Während Kantonsbeiträge zur Finanzierung von Immobilien nicht vorgesehen sind, soll der Kanton hingegen einen paritätischen Beitrag leisten können, wenn die Standortgemeinde beispielsweise eine Vergünstigung für Praxisräumlichkeiten (Mietzinsreduktion) gewährt. Dazu wird auch auf die nachfolgenden Erläuterungen zu den Artikeln 18e und 18f verwiesen.

Artikel 18d c) Kollektive Anreizsysteme

Der Landrat kann durch Verordnung kollektive Anreizsysteme für Grundversorger schaffen, um den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen. Die finanzielle Situation der ärztlichen Grundversorger ist in erster Linie mit einer wirkungsvollen Gestaltung der Tarife bzw. des TARMED zu verbessern. Dies liegt im Zuständigkeitsbereich der Tarifpartner bzw. des Bundes. Es ist denkbar, dass in ländlichen Regionen allenfalls höhere Behandlungspreise als in den städtischen Agglomerationen gerechtfertigt sind. Die im Vergleich zu Spital- und Spezialärzten und im Verhältnis zu den hohen fachlichen und zeitlichen Anforderungen relativ tiefe Leistungsabgeltung von Hausärztinnen und Hausärzten ist nebst anderem für zahlreiche junge Ärztinnen und Ärzte ein wichtiger Grund für die vergleichsweise geringere Attraktivität der Grundversorgertätigkeit. Dem Einkommen der Grundversorgerinnen und Grundversorger stehen nach Angaben der FMH ein wöchentliches Arbeitspensum von 70 bis 80 Stunden sowie regelmässige Notfalldienste gegenüber. Einen konkreten Beitrag zur Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung könnte entsprechend allenfalls auch ein leicht höherer Taxpunktwert sein, der aber nicht zu Lasten der sozialen Krankenversicherung gehen dürfte.⁸

⁸ Eine Erhöhung des Taxpunktwertes aus regionalpolitischen Gründen zu Lasten der Versicherer widerspräche dem im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot.

Artikel 18e Beitragsart und Beitragshöhe

Die Bestimmung nennt eine grosse Palette von möglichen Beitragsarten, das heisst Förderinstrumenten. Konkret können die finanziellen Beiträge als Anschub- und Teilfinanzierung, Darlehen, Zinsvergünstigungen, Bürgschaften, Vermittlung und Überlassung von Betriebsstätten zu Vorzugsbedingungen oder andere geldwerte Leistungen geleistet werden. Ziel ist es, die Rahmenbedingungen bzw. die Voraussetzungen, und insbesondere auch die sogenannten weichen Faktoren, für die Grundversorger verbessert werden. Anschub- und Teilfinanzierungsbeiträge sind ein ideales Mittel für Projekte, damit neue und zeitgemässe Versorgungsstrukturen aufgebaut werden können. Darlehen, Zinsvergünstigungen und Bürgschaften sind ein geeignetes Instrument zur Förderung von Infrastruktureinrichtungen. Neben der Finanzierung von Projekten besteht auch die Möglichkeit, dass die Basisinfrastruktur durch Vermittlung oder Überlassung von Betriebsstätten zu Vorzugsbedingungen gefördert wird (z. B. Gesundheitszentrum), wobei die Finanzierung von Privateigentum, das heisst von Infrastrukturen und Immobilien nicht darunter fällt. Die Höhe der finanziellen Beiträge und deren Art richten sich nach der Bedeutung des Vorhabens für die Versorgung, wie Absatz 2 klarstellt. Als weitere Anhaltspunkte für die Höhe des Beitrags können und sollen Kanton und Gemeinden freilich bei der Festsetzung der Beitragshöhe auch ihre eigene finanzielle Lage und ihre Entwicklungsmöglichkeiten und -ziele als sachliche Kriterien beachten.

Artikel 18f Bedingungen, Auflagen und Kriterien

In der Regel sind finanzielle Beiträge zu befristen. Bei den durch die öffentliche Hand (mit)finanzierten Massnahmen und Projekten soll es sich um zeitlich befristete Unterstützungen und Interventionen handeln. Die Interventionen des Staats sollen nur so lange wie notwendig dauern. Sie müssen mit Bedingungen und Auflagen verbunden oder mit einer Vereinbarung gekoppelt werden. Namentlich können sie von Eigenleistungen oder von Beiträgen Dritter abhängig gemacht werden.

Artikel 18g Ausgabenbefugnis

Die Bestimmung sieht verschiedene Abweichungen von den ordentlichen Finanzkompetenzen zugunsten des Regierungsrats bzw. des Landrats vor. Anders liesse sich nicht oder kaum sicherstellen, dass der Kanton zielkonform und zeitgerecht auf die konkreten Herausforderungen im Einzelnen eingehen kann. Beiträge bis zu einer Höhe von 250 000 Franken (Anschub- und Teilfinanzierung) oder 2 000 000 Franken (Darlehen) pro Vorhaben, die der Kanton zur Förderung innovativer Vorhaben leistet (Absatz 1), soll entsprechend der Regierungsrat beschliessen. Höhere Beiträge fallen in den Kompetenzbereich des Landrats. Fi-

nanzielle Leistungen, die der Kanton als paritätische Beiträge zur Förderung einzelner Anbieter durch die Standortgemeinden ausrichtet (Absatz 2), gelten zudem als gebundene Ausgaben, die der Regierungsrat beschliesst. Zusätzliche Entscheidungsinstanzen würden die Abläufe enorm verkomplizieren und sie unübersichtlicher machen. Zudem würden Finanzierungssicherheit und Planungssicherheit erheblich eingeschränkt, was die Realisierung von einzelnen Projekten letztlich gefährden oder in Einzelfällen gar verunmöglichen könnte. Die vorgesehene Kompetenzaufteilung stellt sicher, dass sich die Förderung der medizinischen Grundversorgung als vordringliche und zentrale Zielsetzung dieser Gesetzesrevision überhaupt erfolgreich und zeitgerecht umgesetzt werden kann. Denn bereits unter der bestehenden Rechtsordnung wäre es grundsätzlich denkbar gewesen, dass Kanton und Gemeinden die medizinische Grundversorgung im Rahmen der ordentlichen Finanzkompetenzen fördern, was aber angesichts der komplizierten Meinungsbildungsprozesse bislang nie geschah. Der Regierungsrat erachtet deshalb eine Ausgabenregelung, die an den ordentlichen Finanzkompetenzen festhält, als nicht tauglich, um die Ziele der Gesetzesrevision zu erreichen:

Eine Ausnahme sieht Absatz 3 vor. Falls der Landrat kollektive Anreizsysteme für medizinische Grundversorger schafft, so richten sich die finanziellen Förderungsmassnahmen nach den ordentlichen Finanzkompetenzen der Kantonsverfassung. Hier gilt allerdings die Einschränkung, dass der Landrat Ausgaben für Beiträge an ungedeckte Kosten für medizinische Grundversorgungsleistungen abschliessend bewilligen kann, sofern die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht decken und die ungedeckten Kosten nicht durch Gewinne aus Zusatzleistungen gedeckt werden. Denkbar sind etwa Beiträge an das hausärztliche Praxislabor, sofern deren Kosten durch die geltenden Tarife nicht gedeckt werden.

III. Finanzielle, organisatorische und personelle Auswirkungen der Vorlage

1. Finanzielle Auswirkungen

Mit dem vorliegenden Erlass werden die erforderlichen Rechtsgrundlagen geschaffen, um den im neuen Bundesverfassungsartikel enthaltenen Auftrag erfüllen zu können und um das notwendige Personal finden und behalten zu können. Uri muss einen höheren Aufwand als andere Kantone und Regionen leisten, um die medizinische Grundversorgung auch weiterhin gewährleisten zu können. Kanton und Gemeinden müssen attraktive Rahmenbedingungen bieten und ein besonderes Engagement leisten. Dafür sind auch zusätzliche finanzielle Mittel notwendig.

Mit den Änderungen des Gesundheitsgesetzes sind allerdings keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen für Kanton und Gemeinden verbunden. Mittelbar wird hingegen die Förderung der medizinischen Grundversorgung finanzielle Auswirkungen für den Kanton und auch für die Gemeinden haben. Mit Artikel 18g erhält der Regierungsrat die Kompetenz, zum Teil in Abweichung von den verfassungsmässigen Ausgabenkompetenzen Beiträge für wohnortnahe oder innovative ambulante Angebote oder Versorgungsmodelle zu gewähren. So kann der Regierungsrat paritätische finanzielle Leistungen an Förderungen der Gemeinden beschliessen. Zudem kann er Beiträge zur Förderung innovativer Vorhaben bis zu einer Höhe von 250 000 Franken (Anschub- und Teilfinanzierung) oder 2 000 000 Franken (Darlehen) pro Vorhaben leisten und beschliessen. Höhere Beiträge fallen dagegen in den Kompetenzbereich des Landrats und zwar ebenfalls abschliessend.

Die Ausgaben lassen sich heute noch nicht abschätzen, hängen sie doch im Wesentlichen davon ab, wie stark Kanton und Gemeinden gezwungen sind, aktiv in den Markt einzugreifen. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips werden Kanton und Gemeinden nur dann aktiv, wenn Marktmechanismen nicht oder ungenügend spielen und geeignete Massnahmen fehlen oder von entsprechenden Akteuren nicht oder nur ungenügend umgesetzt werden können.

Schliesslich ist bei all den Beiträgen auch zu bedenken, dass immer Versorgungsoptimierungen erreicht werden sollen und im Gegenzug gegebenenfalls auch Ausgabenoptimierungen an anderen Stellen zu erwarten sind. Zu berücksichtigen im Sinne einer Kosten–Nutzen-Betrachtung ist, dass mit einer funktionierenden ambulanten Versorgung auch Verlagerungen in den stationären Bereich verhindert werden können. Dank besseren ambulanten Betreuung vor Ort können auch Rückfälle minimiert werden. Zudem kann auch verhindert werden, dass medizinische Leistungen vermehrt in Nachbarkantonen nachgesucht werden, womit auch Wertschöpfung innerhalb des Kantons verloren geht und die innerkantonale Spitalversorgung geschwächt wird. Denn ausserkantonale Grundversorger überweisen ihre Patientinnen und Patienten erfahrungsgemäss eher in ausserkantonale Spitäler. Damit würden auch am Kantonsspital Uri weniger Fälle behandelt, und es würden weniger Erträge generiert, womit auch der Kantonsbeitrag steigt. Im Übrigen sind ambulante Behandlungen in der Regel nicht nur absolut günstiger, sondern sehen - anders als die stationäre Behandlung - auch keine zwingende Mitfinanzierung des Kantons vor.

2. organisatorische und personelle Auswirkungen der Vorlage

In organisatorischer und personeller Hinsicht zeitigt die Vorlage keine Auswirkungen, und zwar weder beim Kanton noch bei den Gemeinden.

IV. Antrag

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Landrat, folgenden Beschluss zu fassen:

1. Die Änderung des Gesundheitsgesetzes, wie sie im Anhang enthalten ist, wird zuhanden der Volksabstimmung verabschiedet.
2. Die Motion Dr. Toni Moser, Bürglen, über eine Strategie zur Sicherung und Förderung der Hausarztmedizin wird als materiell erledigt vom Geschäftsprotokoll abgeschrieben.

Anhang

- Änderung des Gesundheitsgesetzes

Beilage

- Liste der Vernehmlassungsadressaten

GESUNDHEITSGESETZ (GG)

(Änderung vom)

Das Volk des Kantons Uri beschliesst:

I.

Das Gesundheitsgesetz vom 1. Juni 2008¹ (GG) wird wie folgt geändert:

Neues Kapitel nach Artikel 18

3a. Kapitel: FÖRDERUNG DER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG

Artikel 18a Ziele und Grundsätze

¹ Der Kanton und die Gemeinden setzen sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Grundversorgung ein.

² Sie ergreifen Massnahmen, um die medizinische Grundversorgung zu stärken, um strukturellen Versorgungsproblemen zu begegnen und um attraktive Rahmenbedingungen für Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung zu schaffen.

³ Sie fördern diejenigen medizinischen Grundversorgungsangebote, die ohne Unterstützung nicht oder nicht ausreichend bereitgestellt werden können.

⁴ Ein Rechtsanspruch auf Förderungsmassnahmen besteht nicht.

Artikel 18b Massnahmen

a) Förderung innovativer Vorhaben

¹ Der Kanton fördert die Entwicklung und Verbreitung von neuen und innovativen Versorgungs-, Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodellen, die zur Verbesserung der medizinischen Grundversorgung beitragen.

¹ RB 30.2111

² Für derartige Projekte, Modellversuche oder Modelle kann der Kanton Beiträge gewähren.

³ Gefördert werden in erster Linie:

- a) überbetriebliche und interdisziplinäre Kooperations- und Gemeinschaftsvorhaben;
- b) Vorhaben mit Wirkung für medizinische Grundversorgungsleistungen, die im Kantonsgebiet nicht ausreichend angeboten werden;
- c) Vorhaben von innovativen Arbeits-, Organisations- und Betriebsmodellen namentlich der integrierten Versorgung sowie von Netzwerken;
- d) Vorhaben zur Verbesserung der Notfallversorgung.

Artikel 18c b) Förderung einzelner Grundversorgungsangebote

¹ Die Gemeinden fördern ansässige oder sich neu niederlassende Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung.

² Sie können Anbieterinnen und Anbietern der Grundversorgung Beiträge gewähren, wenn

- a) sie von gesundheitspolitischer und versorgungstechnischer Bedeutung sind für die Gemeinde;
- b) dadurch bestehende medizinische Grundversorgungsangebote erhalten oder neue geschaffen werden können;
- c) dem medizinischen Grundversorgungsangebot eine klare Nachfrage gegenübersteht;
- d) das medizinische Grundversorgungsangebote auf dem überregionalen Markt unterversorgt ist; und
- e) die gesundheitspolizeilichen Bestimmungen eingehalten werden.

³ Der Kanton kann die Standortgemeinden unterstützen, indem er maximal einen paritätischen Beitrag leistet, sofern:

- a) mit dem Angebot die medizinische Grundversorgung einer Region erhöht wird; oder
- b) dem Versorgungsangebot aus kantonaler Sicht strategische Bedeutung zukommt.

Artikel 18d c) Kollektive Anreizsysteme

Der Landrat kann durch Verordnung kollektive Anreizsysteme für medizinische Grundversorgerinnen und Grundversorger schaffen, um den Zugang der Bevölkerung zu gesundheitspolitisch und versorgungstechnisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen.

Artikel 18e Beitragsart und Beitragshöhe

¹ Beiträge können als Anschub- und Teilfinanzierung, Darlehen, Zinsvergünstigungen, Bürgschaften, Vermittlung oder Überlassung von Betriebsstätten zu Vorzugsbedingungen oder andere geldwerte Leistungen ausgerichtet werden.

² Die Höhe der Beiträge und deren Art richten sich nach der Bedeutung des Vorhabens für die Versorgung.

Artikel 18f Bedingungen, Auflagen und Kriterien

¹ Unterstützt werden nur Vorhaben, die erfolgversprechend und den Zielen dieses Kapitels förderlich sind.

² Beiträge sind in der Regel zu befristen. Sie müssen mit Bedingungen und Auflagen verbunden oder mit einer Vereinbarung gekoppelt werden. Namentlich können sie von Eigenleistungen oder von Beiträgen Dritter abhängig gemacht werden.

Artikel 18g Ausgabenbefugnis

¹ Beiträge, die der Kanton zur Förderung innovativer Vorhaben leistet, beschliesst der Regierungsrat bis zu einer Höhe von 250 000 Franken (Anschub- und Teilfinanzierung) oder 2 000 000 Franken (Darlehen) pro Vorhaben. Höhere Beiträge fallen abschliessend in den Kompetenzbereich des Landrats.

² Finanzielle Leistungen, die der Kanton als paritätische Beiträge zur Förderung einzelner Grundversorgungsangebote durch die Standortgemeinden ausrichtet, gelten als gebundene Ausgaben, die der Regierungsrat beschliesst.

³ Schafft der Landrat kollektive Anreizsysteme für Grundversorgerinnen und Grundversorger, so richten sich die finanziellen Förderungsmassnahmen nach den ordentlichen Finanzkompetenzen der Kantonsverfassung. Ausgaben für Beiträge an ungedeckte Kosten für Grundversorgungsleistungen kann er abschliessend bewilligen, sofern die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht decken und die ungedeckten Kosten nicht durch Gewinne aus Zusatzleistungen gedeckt werden.

II.

Diese Änderung unterliegt der Volksabstimmung. Sie tritt am Tag nach ihrer Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.

Im Namen des Volkes

Frau Landammann: Dr. Heidi Z'graggen

Der Kanzleidirektor: Roman Balli

Liste der Vernehmlassungsadressaten

- Einwohnergemeinden
- Urner Gemeindeverband
- Korporationen
- Politische Parteien
- Jungparteien
- Ärztesgesellschaft Uri
- Kantonsspital Uri
- Spitex Uri
- CURAVIVA, Sektion Uri
- Schweizerisches Rotes Kreuz, Kantonalverband Uri
- Schweizerisches Rotes Kreuz, Flüchtlingshilfe Uri
- Wirtschaft Uri
- Zahnärztesgesellschaft des Kantons Uri
- Kantonsarzt Dr. med. Philipp Gamma
- Kantonszahnarzt Dr. med. dent. Thomas von Wyttenbach
- Bildungs- und Kulturdirektion Uri
- Finanzdirektion
- Sicherheitsdirektion
- Volkswirtschaftsdirektion Uri