



18.047

## **KVG. Zulassung von Leistungserbringern**

### **LAMal. Admission des fournisseurs de prestations**

*Erstrat – Premier Conseil*

#### CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.12.18 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

**Humbel** Ruth (C, AG), für die Kommission: Zur Ausgangslage: Die Schweiz weist unter den OECD-Staaten einen der höchsten Werte bei den Gesundheitskosten und eine der höchsten Dichten von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten auf. Die Schweiz bleibt auch als Zuwanderungsland für Medizinalpersonen attraktiv. Diese Feststellung kann auf den ersten Blick als Widerspruch zum vielbeklagten Ärztemangel interpretiert werden. Es ist indes kein Widerspruch, weil die regionale Verteilung und die Verteilung der Fachärzte sehr unterschiedlich sind. In Städten gibt es bei bestimmten Facharztgruppen ein Überangebot, und weil wir in einem Angebotsmarkt sind, kann sich jede Praxis zulasten der Krankenversicherung auslasten. Einen Ärztemangel, insbesondere einen Mangel an Hausärzten, gibt es vor allem in ländlichen Regionen, aber auch in Agglomerationsgemeinden.

Mit dieser Vorlage, über die wir heute debattieren, wird für Leistungserbringer, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein wollen, ein formales Zulassungsverfahren auf der Grundlage von

AB 2018 N 2154 / BO 2018 N 2154

Qualität und Wirtschaftlichkeit eingeführt. Die Kantone erhalten zudem die Möglichkeit, in einem oder mehreren Fachgebieten oder in bestimmten Regionen Höchstzahlen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte festzulegen. Der Bundesrat legt die Kriterien fest, damit eine gesamtschweizerisch einheitliche Umsetzung erreicht wird.

Konzipiert war diese Vorlage vom Bundesrat als Nachfolgelösung für die am 30. Juni 2019 auslaufende Zulassungsbeschränkung gemäss Artikel 55a KVG. Die Kommissionsmehrheit will diese Gesetzesrevision indes mit der Revision zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich (Efas) verknüpfen, und beide Reformen sollen zusammen in Kraft treten. Die Kantone sollen im ambulanten Bereich mehr Steuerungsmöglichkeiten bekommen, wenn sie im ambulanten Bereich auch mitfinanzieren.

Um die Vorlage sorgfältig und im Zusammenhang mit dem Vorentwurf zu Efas beraten zu können, wird die Geltungsdauer der aktuellen Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG um zwei Jahre bis zum 30. Juli 2021 verlängert. Beide Räte haben Anfang dieser Session einer Verlängerung der aktuell geltenden Lösung bis 2021 zugestimmt.

In engem Zusammenhang mit diesem Geschäft steht auch das Geschäft 15.083, "KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit", das derzeit in der ständerätlichen SGK beraten wird. Da wird es zwischen den beiden Vorlagen noch Koordinationsbedarf geben.

Die Kommission ist an ihrer Sitzung vom 6. Juli 2018 ohne Gegenstimme auf diesen Entwurf eingetreten. Sie hat die einzelnen Bestimmungen der bundesrätlichen Vorlage griffiger gefasst und aus Kann- verbindliche Muss-Formulierungen gemacht. Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest. Diese umfassen je nach Leistungserbringer die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen. Ebenso legt der Bundesrat die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen fest.

Mit dieser Kompetenzdelegation an den Bundesrat ist die Erwartung verbunden, dass gesamtschweizerisch einheitliche Kriterien gelten und gleich lange Spiesse für das öffentliche und das private Gesundheitswesen mit Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geschaffen werden. Zudem müssen die Zulassungskriterien für den ambulanten Spitalbereich genauso gelten wie für frei praktizierende Ärzte, namentlich in Leistungsbereichen, welche in der freien Praxis angeboten werden können.

In den vergangenen Jahren war das grösste Wachstum bei Ärzten und Kosten im ambulanten Spitalbereich zu verzeichnen. Es ist problematisch, dass die Zulassung von frei praktizierenden Ärzten begrenzt und im



ambulanten Spitalbereich unbegrenztes Wachstum zugelassen wird. Spitalinfrastrukturen sind immer teurer als Arztpraxen von niedergelassenen Ärzten. Es ist daher abzugrenzen zwischen medizinischen Eingriffen, welche eine Spitalinfrastruktur voraussetzen, und solchen, welche in der freien Praxis gemacht werden können. Da müssen die gleichen Spielregeln gelten.

Gemäss Artikel 55a müssen die Kantone die Zulassung von Ärzten nach Fachgebieten oder Regionen beschränken. Alternativ können sie den Vertragszwang lockern. Ärzte und Ärztinnen sollen künftig nur noch dann eine Zulassung zur Grundversicherung erhalten, wenn sie sich einer zertifizierten Gemeinschaft nach dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) anschliessen.

Ein neues Register soll mehr Transparenz über die ambulant tätigen Leistungserbringer schaffen, die zulasten der Grundversicherung abrechnen dürfen. Es soll vor allem dem Austausch unter den Kantonen dienen.

Wie eingangs erwähnt, ist Ihre Kommission ohne Gegenstimme auf die Vorlage eingetreten. In der Gesamtabstimmung hat sie die Vorlage mit 16 zu 4 Stimmen bei 3 Enthaltungen gutgeheissen. Namens der Kommission bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten und den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Clottu Raymond (V, NE)**, pour la commission: Lors de sa séance des 5 et 6 juillet derniers, notre commission a débuté ses discussions sur le projet de modification de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations. Petit rappel: une disposition pour limiter l'admission de médecins pratiquant dans leur propre cabinet est entrée en vigueur en 2001. Elle a été prorogée à plusieurs reprises, jusqu'à son expiration fin 2011. Compte tenu du grand nombre de nouveaux établissements de médecins, le Parlement a réintroduit la limitation de l'admission en 2013 et l'a prorogée jusqu'à fin 2019.

Le Conseil fédéral propose d'instituer une procédure formelle d'admission pour les fournisseurs de prestations qui souhaitent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En outre, le Conseil fédéral prévoit de donner la possibilité aux cantons de limiter à un nombre maximal l'admission de médecins qui fournissent des prestations dans le domaine ambulatoire, dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines régions.

Après l'audition de représentants des cantons, des médecins, des hôpitaux, des pharmaciens, des patients et des assureurs, notre commission est entrée en matière sans opposition sur le projet.

Afin de pouvoir procéder à un examen rigoureux de ce projet dans le contexte de l'avant-projet sur le financement uniforme des prestations du secteur ambulatoire et du secteur stationnaire – initiative parlementaire 09.528 –, notre commission souhaite, à titre préventif, prolonger de deux ans, à savoir jusqu'au 30 juin 2021, la durée de validité de l'actuelle limitation de l'admission définie à l'article 55a LAMal. Par 16 voix contre 7, notre commission a donc décidé d'élaborer une initiative en ce sens, afin d'éviter que la limitation du nombre d'admissions, qui prendra fin le 30 juin 2019, n'arrive à échéance avant qu'une solution de remplacement ait pu être trouvée et qu'un grand nombre de médecins n'arrivent sur le marché durant la période de transition précédant l'entrée en vigueur de la réglementation définitive.

Réunie les 30 et 31 août ainsi que les 25 et 26 octobre derniers, notre commission a entamé la discussion par article du projet de loi. Dans un souci de transparence, notre commission est favorable à la création d'un registre des fournisseurs de prestations ambulatoires admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Il est judicieux de créer de nouveaux articles – 36b à 36g – pour que la Confédération puisse tenir un registre des fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettres a à g, m et n, qui sont admis à pratiquer. La Confédération peut confier la tenue du registre à des tiers. Le but de ce registre est de servir à l'échange d'informations entre les cantons concernant les fournisseurs de prestations admis, à l'échange d'informations sur les mesures prises en vertu de l'article 38 et sur les sanctions prononcées en vertu de l'article 59, à l'information des assureurs et des assurés et, enfin, de servir à des fins statistiques.

Je reviendrai plus en détail sur les différents articles lorsqu'on débattrà des propositions de majorité et de minorité.

**Roduit Benjamin (C, VS)**: Le présent projet renforce la qualité et l'économicité des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins en augmentant les exigences envers les fournisseurs de prestations. C'est pour le groupe PDC une mesure importante qui s'inscrit dans le cadre de nos propositions pour freiner les coûts de la santé. Il donne surtout aux cantons un instrument plus efficace pour maîtriser l'offre. Déjà responsables de l'admission des médecins, les cantons pourront désormais mieux contrôler et gérer l'offre de prestations, notamment en fixant des fourchettes – nombres maximal et minimal – ainsi que des exigences qualitatives et économiques. En fédéraliste convaincu, notre parti ne peut que saluer ce renforcement de la responsabilité des cantons dans le pilotage des soins ambulatoires, en particulier lorsque l'offre est excédentaire.



Sachant que l'offre génère la demande, des conditions claires sont nécessaires pour éviter la multiplication des cabinets médicaux, phénomène qu'ont vécu entre 2011 et 2013 certains cantons, en particulier des cantons limitrophes

AB 2018 N 2155 / BO 2018 N 2155

comme Bâle-Ville, Genève et le Tessin, lorsque le gel des admissions par les cantons, prévu à l'article 55a, n'était plus en vigueur. Or, on le sait, cette croissance, en plus des changements démographiques, de l'évolution des mentalités, des progrès techniques et des fausses mesures incitatives forfaitaires, a également des conséquences sur la hausse des coûts dans le domaine ambulatoire. De plus, en raison de l'obligation de contracter pour tous les assureurs-maladie et du fait que, dans le domaine ambulatoire, la totalité des coûts sont à la charge des assurés, cette évolution a été perçue clairement lors des augmentations annuelles de primes. D'où, une fois de plus, l'importance du modèle proposé par le Conseil fédéral, composé de trois niveaux d'intervention auprès des fournisseurs de prestations, à savoir les critères de formation et de connaissance de notre système de santé, les critères qualitatifs et économiques, et la possibilité de limiter l'admission en cas d'augmentation massive des coûts dans une spécialité médicale.

Avec la participation active des commissaires membres de notre groupe, le projet a été considérablement amélioré par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil lors de ses séances du 31 août et du 26 octobre 2018. Nous retiendrons notamment que seuls sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance de base les médecins affiliés à une communauté certifiée au sens de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient. Cette mesure, souvent évoquée par le groupe PDC pour éviter des doublons coûteux, permettra d'accélérer la mise en oeuvre du dossier électronique du patient chez tous les médecins. Comme exigence de qualité, nous saluons également le fait que les médecins doivent disposer des compétences linguistiques nécessaires et avoir travaillé un certain nombre d'années dans des établissements de formation postgraduée dans leur spécialité – nous précisons cette exigence tout à l'heure en présentant une formulation de l'article 37 par la minorité Humbel.

Nous nous réjouissons aussi de la création à l'article 36b d'un registre des fournisseurs de prestations ambulatoires tel que l'a proposé Madame Humbel en commission et qui répond aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité de la LAMal.

Enfin, dans un souci d'équilibre et de coresponsabilité entre la Confédération, les assureurs-maladie et les cantons, nous soutenons le fait que ces derniers pourront assouplir l'obligation de contracter, dans les fourchettes d'admission qu'ils auront définies, étant donné que les critères et les méthodes visant à définir les plafonds seront fixés par le Conseil fédéral.

C'est ce même principe de coresponsabilité tant décisionnelle que financière qui nous pousse à lier de manière contraignante ce projet à un modèle de financement uniforme des prestations du secteur ambulatoire et du secteur stationnaire – le projet EFAS –, puisqu'il donne aux cantons de nouvelles possibilités de pilotage.

En résumé, il s'agit d'un projet équilibré qui offre une solution durable pour l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire, qui crée une sécurité juridique pour tous les partenaires EFAS et qui répond aux critères d'économicité, d'adéquation et d'efficacité de la LAMal.

Dans ce sens, le groupe PDC vous propose d'entrer en matière.

**Ruiz Rebecca Ana (S, VD):** Le projet initial du Conseil fédéral que nous traitons aujourd'hui était un bon projet. C'était un projet concret qui permettait de répondre à l'augmentation des coûts de la santé et aux conséquences de cette augmentation sur les primes d'assurance-maladie. C'était un projet raisonnable, aussi, qui présentait une solution pragmatique et efficace à ce problème. Je parle de ce projet à l'imparfait, vu qu'il a été dénaturé par la majorité de la commission. Mais avant de détailler quels sont les points qui, selon mon groupe – le groupe socialiste –, ont dénaturé le projet initial du Conseil fédéral, permettez-moi de revenir sur le problème qu'un tel projet est censé résoudre.

Dans le domaine de la santé, ce n'est pas la demande qui génère l'offre, contrairement à ce qui prévaut dans de nombreux autres domaines de l'économie, mais c'est l'offre qui génère la demande. Cette affirmation est confirmée par différents chiffres. Il est donc clair aussi que l'installation sans limite de nouveaux médecins a contribué à l'augmentation de l'offre, donc de la demande et, par conséquent, des coûts de la santé. Ce constat est corroboré par les chiffres de l'Observatoire suisse de la santé.

Durant la période du moratoire sur l'implantation de nouveaux cabinets médicaux, l'augmentation de leur nombre n'était que de 0,5 pour cent par année. Lorsque le moratoire a été levé, entre janvier 2012 et juin 2013, le nombre de spécialistes a augmenté de 6,1 pour cent par année. L'effet sur les coûts de la santé a alors été immédiat. Alors qu'ils augmentaient de 3,6 pour cent par année durant le moratoire, ils ont augmenté



de 7,8 pour cent par année – soit plus du double – entre janvier 2012 et juin 2013. Depuis l'introduction du régime transitoire, les coûts augmentent de 4,5 pour cent par année en moyenne, et l'Observatoire suisse de la santé a clairement établi que cette différence avec la période d'avant janvier 2012 était causée par la levée du moratoire. L'efficacité d'un moratoire pour maîtriser l'augmentation des coûts de la santé n'est donc plus à démontrer.

Fort de ce constat, le Conseil fédéral a présenté un projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie qui permette donc de gérer l'admission des fournisseurs de prestations. Grâce à son approche sur trois niveaux d'intervention – les conditions de pratique professionnelle, les conditions d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et la limitation des admissions à proprement parler –, ce projet de loi offre – offrait – une solution efficace au problème qui nous occupe; une solution qui correspond à la compétence constitutionnelle des cantons en matière sanitaire et aussi une solution qui est appréciée de la population.

Et c'est là que le bât blesse: ne pouvant résister aux sirènes idéologiques, la majorité de la commission a préféré, au cours de ses travaux, prendre le risque de faire capoter le projet. Elle a chargé la barque, tant et si bien que le projet initial est complètement dévoyé: liaison avec le financement uniforme, limitation du libre choix du médecin et droit de recours des assureurs contre les décisions prises par les cantons en matière d'admission, tout y est. C'est à se demander si la majorité ne souhaitait pas retarder plus encore l'adoption d'une solution efficace.

Dans ces circonstances, un référendum s'annonce à l'horizon et pour éviter cela, pour maintenir le cap donné par le Conseil fédéral, il ne nous reste plus qu'à écarter les propositions inopportunes qui ont été introduites par la majorité de la commission. Si nos propositions de minorité ne devaient pas trouver ici de majorité, en particulier celle qui porte sur l'introduction de la liberté de contracter ainsi que celle qui concerne le droit de recours des assureurs, la quasi-totalité du groupe socialiste rejettera ce projet.

**Weibel** Thomas (GL, ZH): Diese Vorlage bringt die Ablösung der befristeten Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG, deren Geltungsdauer wir bis Ende Juni 2021 verlängert haben.

Was ist nun der neue Inhalt? Die Kantone sollen entscheiden, wie viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen dürfen. Um das Angebot zu steuern, sollen die Kantone für die Zahl der Leistungserbringer Bandbreiten – also Höchst- und Mindestzahlen – festlegen müssen; so will es der neue Artikel 55a.

Die Kriterien und Methoden zur Festlegung der Höchstzahlen sollen vom Bundesrat vorgegeben werden. Dies dient der einheitlichen Anwendung und Auslegung in der ganzen Schweiz. Dabei sind gemäss Mehrheit die Versorgungsregionen und Patientenströme zu berücksichtigen. Dies ist notwendig, da sonst kantonale Beschränkungen aus dem grenznahen Raum eines Nachbarkantons unterlaufen werden können.

Alternativ zu dieser Steuerung sollen die Kantone eine Lockerung des Vertragszwangs vorsehen können. Nur Ärztinnen und Ärzte, die sich am System der elektronischen Patientendossiers beteiligen, sollen neu zulasten der Grundversicherung abrechnen dürfen. Dies ist richtigerweise die

#### AB 2018 N 2156 / BO 2018 N 2156

Meinung der Kommissionsmehrheit. Spitäler müssen das elektronische Patientendossier bis 2020 einführen, Pflegeheime bis 2022. Für Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis hingegen wurde keine derartige Pflicht vorgesehen, als das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier im Frühjahr 2017 in Kraft trat. Im Rahmen der jetzt zu beschliessenden Zulassung von Leistungserbringern beantragt Ihre SGK nun, dass Ärztinnen und Ärzte nur dann noch eine Zulassung zur Grundversicherung erhalten, wenn sie sich einer zertifizierten Gemeinschaft nach EPDG anschliessen. Zudem müssen sie über die notwendigen Sprachkenntnisse verfügen.

Der Bundesrat hat im Bemühen um eine möglichst EU-verträgliche Lösung vorgeschlagen, dass Ärztinnen und Ärzte primär in einer Prüfung belegen können, dass sie das schweizerische Gesundheitssystem genügend kennen, um gute Arbeit leisten zu können. Von der Prüfung dispensiert wäre, wer schon drei Jahre in einem Schweizer Spital tätig war. Die Kommission übernimmt diese Anforderung nicht und beantragt als weitere Zulassungsvoraussetzung, dass Ärzte und Ärztinnen mindestens zwei Jahre auf ihrem Fachgebiet in einem Schweizer Spital und ein Jahr in einem Schweizer Grundversorgungsspital gearbeitet haben. Dies lehnen wir Grünliberalen kategorisch ab. Es kann ja nicht sein, dass mit dieser Vorlage Strukturverlust in der Spitallandschaft legifiziert wird. Wir unterstützen deshalb die Minderheit Humbel, die drei Jahre Arbeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte verlangt.

Im Rahmen der Vernehmlassungsantwort haben wir uns wie folgt geäussert: "Die Grünliberalen befürworten die Vorlage. Insbesondere der Fokus auf die Qualitätsvoraussetzungen und Ausbildungsnachweise ist begrüß-



senswert. Qualität besteht dabei aber nicht nur aus Aus- und Weiterbildung. Heute fehlen insbesondere im ambulanten Bereich Angaben zur Diagnose- und Therapiequalität der Leistungserbringer." Diese Aussage gilt leider auch weiterhin, daran ändert die Vorlage nichts.

Ich sehe noch eine Unklarheit und bitte den Ständerat, zu prüfen und sicherzustellen, dass beim Nachweis der Sprachkompetenz nicht eine Inländerdiskriminierung entstehen kann.

Ein neues Register wird mehr Transparenz schaffen über die ambulant tätigen Leistungserbringer, die zulasten der Grundversicherung abrechnen dürfen.

Die Vorlage, die den Kantonen neue Steuerungsmöglichkeiten gibt, wird rechtlich zwingend mit Efas verknüpft. Die Kantone haben sich bei der Beratung von Efas wiederholt dahingehend geäussert, dass sie ambulante Behandlungen nicht nur mitbezahlen, sondern auch mitsteuern wollen. Mit der Verknüpfung wird genau dieser Wunsch erfüllt. Es geht somit um einen politischen Konnex, der es den Kantonen ermöglichen soll, Efas mitzutragen.

Wir Grünliberalen unterstützen die Mehrheit, mit Ausnahme von Artikel 37, wo wir die Minderheit Humbel unterstützen. Ich werde entsprechend auf Voten in der Detailberatung verzichten.

**Hess** Lorenz (BD, BE): Zu Beginn dieser Session haben wir das beschlossen, was wir hier jahrelang als Provisorium verlängert haben: den sogenannten Ärztestopp. Jetzt haben wir die Möglichkeit, mit einer KVG-Revision eine dauerhafte Lösung zu verankern, die dringend notwendig ist. Wir sind überzeugt, dass es sich lohnt, diese Vorlage ohne grosse Veränderungen gutzuheissen. Die Verlängerung des Provisoriums von vorletzter Woche gibt uns auch die Möglichkeit, diese Vorlage vor dem Hintergrund von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie von Efas – also von anderen wichtigen Geschäften – zu diskutieren und das Ganze so in einen Kontext zu bringen. Entscheidend ist, dass die Kantone ein Instrument erhalten, das griffig und dauerhaft ist. Es geht darum, dass sie die Überversorgung im Gesundheitswesen bekämpfen können. Das zweite Element – ein wesentliches Element, das es zu unterstützen gilt – ist die Festlegung der Höchstzahl an Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich durch die Kantone. Schlussendlich, als dritter wichtiger Punkt, geht es um Qualitätsanforderungen an die Ärzte. Diese nun dauerhafte Lösung, wie sie hier vom Bundesrat vorgeschlagen wird und wie sie die Kommission auch vorschlägt, bedeutet einen wichtigen Schritt in Richtung Efas.

Im Bereich der Qualitätsanforderungen unterstützt die BDP-Fraktion beide Stossrichtungen: Zum einen unterstützen wir die Stossrichtung, bei der es um die Dauer der Ausübung einer Spitaltätigkeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte geht; zum andern unterstützen wir auch die Anforderungen, bei denen es um die Sprachkompetenzen der Ärzte geht. Ebenfalls positiv zu werten in dieser Vorlage ist die Regelung der Höchstzahlen durch die Kantone sowie die moderate Lockerung des Vertragszwangs – so es denn nötig sein sollte – in der vorgeschlagenen Form.

Was die einzelnen Minderheits- und Mehrheitsanträge anbelangt, unterstützt die BDP-Fraktion überall die Position der Mehrheit, mit einer Ausnahme. Dabei handelt es sich um Artikel 37, wo es darum geht, wie die Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte bezüglich ihrer Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten Ausbildungsstätte geregelt sind. Wir unterstützen hier die Minderheit, weil wir überzeugt sind, dass es sehr wohl entscheidend ist, ob jemand eben noch ein drittes Jahr in einem Grundversorgungsspital tätig ist oder ob er bzw. sie eben das dritte Jahr an einer Ausbildungsstätte im Fachbereich mit der nötigen Qualität absolvieren kann.

Wenn wir hier die Mehrheitslösung akzeptieren, müssen wir uns einfach vergegenwärtigen, dass es durchaus möglich ist, dass Ärztinnen und Ärzte in ihren Fachgebieten schlicht nicht gefordert werden und sich nicht weiterbilden können, wenn sie das Ausbildungsjahr in einem kleinen Spital, das zwar auf der Grundversorgerliste ist, aber eben nicht alle Spezifitäten anbietet, absolvieren. Es ist zwingend notwendig, dass die ganzen drei Jahre an einer anerkannten Ausbildungsstätte geleistet werden.

Das ist der einzige Punkt, bei dem wir eine Minderheit unterstützen. Wir bitten Sie, in allen anderen Punkten dieser Vorlage die Mehrheit zu unterstützen. Ich werde mich demgemäss nicht mehr zu den einzelnen Minderheiten und Mehrheiten äussern.

**Sauter** Regine (RL, ZH): Staatlichen Eingriffen stehen wir Freisinnigen grundsätzlich skeptisch gegenüber – ich erzähle Ihnen damit sicher nichts Neues. Sie sind bestenfalls nutzlos, schlimmstenfalls zementieren sie einfach schlechte und verfehlte Strukturen. Gerade im Gesundheitswesen ist dies der Fall. Was es hier bräuchte, wäre mehr Wettbewerb, mehr Freiheit, liberalere Rahmenbedingungen, aber sicher nicht noch ein zusätzliches planwirtschaftliches Instrument.

Die Fragen, um die es heute geht, beschäftigen uns denn auch schon seit Jahren. Soll man das Angebot an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz steuern oder nicht? Bringt es tatsächlich etwas in Bezug auf die Ent-



wicklung der Gesundheitskosten oder nicht? Die Erfahrungen diesbezüglich aus den Kantonen mit und ohne Zulassungsbeschränkung sind unterschiedlich bzw. nicht eindeutig. Die FDP hat sich in der Vergangenheit denn auch immer gegen einen Ärztstopp ausgesprochen. Greift man steuernd in das Angebot ein, dann stellt sich zudem nicht nur die Frage nach der Wirksamkeit in Bezug auf die Kosten, sondern auch die Frage, ob man richtig steuert, ob man dadurch eher einen Ärztemangel begünstigt oder nicht, ob man Einfluss nimmt auf die Qualität der Leistung oder nicht, ob die nötige Transparenz gegeben ist, damit Patientinnen und Patienten informierte Entscheide treffen können, oder nicht. Aus unserer Sicht gibt es also viele ungeklärte Fragen. Vor allem haben wir Bedenken, dass wir mit solchen Massnahmen die Gesundheitsversorgung der Zukunft in eine falsche Richtung lenken könnten.

Wenn wir im Folgenden überhaupt auf das vorliegende Geschäft eintreten bzw. diesem zustimmen, dann unter zwei Bedingungen: Die Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich durch die Kantone darf erstens nur gemeinsam mit Efas erfolgen. Damit können die Kompetenzen und die Verantwortung der Kantone zumindest

AB 2018 N 2157 / BO 2018 N 2157

etwas in Übereinstimmung gebracht werden. Wollen die Kantone steuern, müssen sie auch mitfinanzieren. Umgekehrt gilt: Wenn wir wollen, dass sie sich an der Finanzierung von ambulanten Leistungen beteiligen, sollen sie auch Regeln festlegen können. Zweitens müssen mit der Zulassung auch sinnvolle Massnahmen zur Qualitätssicherung und Transparenz verbunden sein. Beide Punkte werden mit der Version umgesetzt, wie sie die Mehrheit der Kommission verabschiedet hat.

Noch zu einzelnen Bestimmungen im Detail: Gewisse Anforderungen an die Qualitätssicherung machen Sinn und sind zielführend, ich habe das gesagt. Verfehlt ist aber das Erfordernis, das die Mehrheit in Artikel 37 Absatz 1 festschreiben will, wonach Leistungserbringer mindestens ein Jahr in einem Spital mit Grundversorgung gearbeitet haben müssen. Der Hintergrund dieses Ansinnens ist reine Strukturpolitik für kleine Spitäler, und das kann es ja angesichts des Überangebots an Spitalbetten sicher nicht sein. Zudem macht eine solche Regelung gerade dort keinen Sinn, wo sich ein Arzt auf ein Spezialgebiet vorbereitet, das von einem Regionalspital gar nicht angeboten wird. Es würde lediglich, mit Kostenfolgen für die Allgemeinheit, seine Weiterbildungszeit verlängern. Wir bitten Sie in diesem Sinne, hier der Minderheit Humbel zu folgen.

Eine echte Neuerung beantragt Ihnen die Kommission in Artikel 55a Absatz 1bis. Die Kantone sollen anstelle der Zulassungssteuerung auch die Möglichkeit erhalten, Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern vorzusehen. Damit bewegen wir uns in die richtige Richtung, nämlich die eines gesteuerten Wettbewerbs. Entscheiden über die Zulassung werden Qualität und Effizienz der erbrachten Leistungen und gemeinsam verhandelte Positionen. Automatische Garantien, dass bezahlt wird, was angeboten wird, gibt es dann nicht mehr.

Zusammenfassend beantrage ich Ihnen im Namen der FDP-Liberalen Fraktion, immer der Mehrheit der Kommission zu folgen, ausser bei Artikel 37 Absatz 1, wo wir der Minderheit Humbel zustimmen. Wir werden in der Detailberatung entsprechend das Wort nicht mehr ergreifen.

**Brand Heinz (V, GR):** Ich spreche für die SVP-Fraktion und möchte gleichzeitig einmal mehr auf meine Interessenbindung als Präsident von Santésuisse hinweisen.

Mit dem Recht zur Berufsausübung im Rahmen des KVG geht die Möglichkeit einher, in nahezu beliebigem Ausmass zulasten der Grundversicherung abzurechnen. Es braucht daher jemanden, der das kontrolliert, gegebenenfalls limitiert und gegen die Überversorgung einschreiten kann und auch will. Eine liberale Antwort auf diese Problematik wäre, den Kostenträgern die Steuerungsmöglichkeit zu geben, indem sie Ärzte ausschliessen könnten, die es zur Versorgung ihrer Versicherten gar nicht mehr braucht. Aufgrund des Vertragszwangs aber können die Krankenversicherer dies heute und wohl auch in näherer Zukunft nicht tun. Daher ist die kantonale Steuerungslösung, wie wir sie jetzt mit dieser Vorlage anstreben, unumgänglich, zumal mit den Bilateralen grundsätzlich alle Ärzte aus der EU in der Schweiz eine Berufsausübungsbewilligung beantragen und gegebenenfalls eben auch erhalten können.

Auch wenn dies also keine Wunschvorlage ist, die SVP hätte nämlich gerne mehr Markt im Gesundheitswesen, ist mit Blick auf die drohende Kostenentwicklung das Eintreten für die SVP-Fraktion unbestritten. Die seit zwanzig Jahren übermässige Kostenentwicklung zwingt uns nachgerade zum Handeln. Auch wenn die SVP das liberale Mittel der Vertragsfreiheit klar bevorzugen würde, um wiederum ein verträgliches Mass an Kosten und Prämien zu erreichen, müssen wir dort handeln, wo effektiv auch eine Aussicht darauf besteht, bei der Kostendämmung mehrheits- und handlungsfähig zu sein. Das geht nun einmal in die Richtung der bisherigen Zulassungssteuerung, ob einem das passt oder nicht.



Etwas gegen unsere Grundüberzeugung sagen wir deshalb Ja dazu, dass die Kantone das umstrittene Mittel der Zulassungssteuerung unbefristet weiterführen können. Die SVP-Fraktion hat verschiedene Vorbehalte. Erstens: Wenn die Kantone definitiv steuern wollen, sollen sie dies konsequent und auch koordiniert tun. Das war bisher beides nicht der Fall. Die bisherigen Zulassungsstopps waren wohl eher Feigenblätter, um die sonstige Untätigkeit trotz der überbordenden Kosten zu verbergen, und ein koordiniertes Vorgehen wurde ebenfalls vermisst. Zweitens: Es müssen liberale Optionen zugelassen werden, die es den Kantonen erlauben, die überbordenden Kosten auch mit alternativen Mitteln anzugehen. Dazu gehört die Option der Kantone, eine Lockerung des Vertragszwanges vorzusehen, wenn die medizinische Versorgung der Bevölkerung garantiert ist.

Last, but not least: Wer A sagt, soll auch B sagen. Wenn die Kantone das ambulante Angebot definitiv steuern wollen, müssen sie auch bereit sein, etwas an die Folgekosten zu bezahlen, wobei im Gegenzug der stationäre Anteil gesenkt werden soll. Damit sind wir bei Efas angekommen, einem Postulat, das die grosse Mehrheit der Akteure im Gesundheitswesen, inklusive Bundesrat, im Grundsatz befürwortet.

Ich komme zum Fazit: Es fehlt ganz einfach eine mehrheitsfähige Alternative zu dieser zugegebenermassen wenig geliebten Vorlage zur Zulassungssteuerung. Die Kommission hat aber dafür gesorgt, dass die Vorlage jetzt deutlich ausgewogener daherkommt. Insbesondere hat sie Aspekte ergänzt, die das Parlament Anfang 2016 als eigentliche Bedingungen für die vermeintlich letzte Verlängerung des Zulassungsstopps formuliert hat; dies, nachdem dieser Rat in der Wintersession 2015 ein Zeichen gegen den bisherigen – ich habe es bereits gesagt – wenig wirksamen Zulassungsstopp gesetzt hat.

Mit Blick auf die überbordenden Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung bittet Sie die SVP-Fraktion, auf die von der Kommission nun stark überarbeitete und ergänzte Vorlage einzutreten und im Sinne der Ausgewogenheit zumindest bei den obenerwähnten zentralen Punkten überall der Mehrheit zu folgen.

**Graf Maya (G, BL):** Für die grüne Fraktion ist der Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung der zentrale Punkt der Gesundheitspolitik. Dazu gehört eine Stärkung der Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte.

Heute müssen wir über eine kantonale Kostensteuerung sprechen. Dabei ist zu bemerken, dass, wie eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigt, nach dem Auslaufen des Zulassungsstopps im Januar 2012 bis Juni 2013 eine starke Zunahme von Spezialmedizinpraxen in der Schweiz stattfand. In diesem Zeitraum ohne Zulassungsstopp betrug die Zunahme durchschnittlich 6,1 Prozent. Die Zahl der Grundversorgerinnen und Grundversorger blieb dagegen relativ stabil. Dies möchte ich gerne als Vorbemerkung anbringen. Ich komme nun auf die Vorlage zu sprechen.

Die grüne Fraktion wird auf diese Teilrevision des KVG eintreten. Sie unterstützt grundsätzlich die Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern. Mit dieser Gesetzesrevision wird nach über sechzehn Jahren die immer wieder befristete und verlängerte Steuerung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen, endlich definitiv im KVG geregelt. Dabei soll das KVG so ergänzt werden, dass die qualitativen Anforderungen, insbesondere jene an die Aus- und Weiterbildung der Leistungserbringer, erhöht und dass den Kantonen auf Dauer wirksame Instrumente zur Kontrolle des Leistungsangebotes zur Verfügung gestellt werden. Die grüne Fraktion ist wie die Mehrheit der nationalrätlichen SGK der Meinung, dass es dazu kein Prüfungsverfahren braucht, wie es der Bundesrat in Artikel 37 vorschlägt, sondern die Praxis: Man muss sich in praktischer Tätigkeit auf dem eigenen Fachgebiet mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut machen – und die Sprachkompetenz ist wichtig.

Zuletzt muss es praktikabel und auch umsetzbar sein. Die grüne Fraktion wird bei Artikel 37 Absatz 1 daher der Minderheit Humbel folgen, die beantragt, dass die genannten Leistungserbringer mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen

AB 2018 N 2158 / BO 2018 N 2158

Weiterbildungsstätte gearbeitet haben und über die notwendigen Sprachkompetenzen verfügen müssen.

In Artikel 55a geht es dann um die Bedingungen für eine Beschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen. Mit der Streichung der Kann-Formulierung durch die Mehrheit bei Absatz 1 sind wir einverstanden. Nicht einverstanden sind wir mit der Mehrheit bei Absatz 1bis dieses Artikels. Wir halten es für falsch, die Möglichkeit der Aufhebung des Vertragszwangs in diese Gesetzesrevision zu schreiben. Das wäre ein Tabubruch.

Ebenso unverständlich ist es, dass die Mehrheit bei den Übergangsbestimmungen die Inkraftsetzung dieser KVG-Revision mit der Inkraftsetzung der Efas-Vorlage verknüpfen will. Die beiden Vorlagen sollten aus unserer Sicht nicht voneinander abhängig gemacht werden, zumal die Efas-Vorlage sehr umstritten ist und es lange



Diskussionen geben wird. Leider ist diese Verknüpfungsabsicht auch der Grund, warum die Bundesratsvorlage zum sogenannten Ärztestopp nun nicht fristgerecht beraten werden kann. Daher kann die vorliegende KVG-Revision zur Zulassung der Leistungserbringer nun auch nicht auf den 1. Juni 2019 in Kraft treten. Das Parlament musste – wir mussten das Anfang Session machen – mit der parlamentarischen Initiative 18.440 erneut einer Verlängerung des Zulassungsstopps für Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 55a zustimmen. Wir bedauern diese erneute Verzögerung einer definitiven Lösung sehr.

Die grüne Fraktion wird das Ende der Beratungen und die Beschlüsse abwarten und dann entscheiden, ob sie der Vorlage zustimmen kann oder ob sie sie ablehnt. Ich werde mich zu den einzelnen Minderheiten nicht mehr melden.

**Berset** Alain, président de la Confédération: Cela a été rappelé par plusieurs orateurs cet après-midi: ce dossier, sa préhistoire et son histoire sont connus. Cela fait longtemps, plus de quinze ans, que nous en discutons. Nous savons qu'il est question d'une partie importante des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En effet, au total, les prestations fournies par les médecins et les hôpitaux dans le domaine ambulatoire représentent près de 13 milliards de francs par année, soit environ 40 pour cent des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Nous savons que c'est un domaine dans lequel les coûts ont tendance à augmenter, et parce que les coûts augmentent, c'est un domaine qui a une influence importante sur l'évolution des primes d'assurance-maladie.

Face à ces chiffres, face au poids que représente le domaine ambulatoire, face également à l'augmentation des coûts dans le domaine ambulatoire, je crois que tout le monde ici reconnaît qu'il faut d'une manière ou d'une autre agir, qu'il faut une réglementation pour l'admission des médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, que cette réglementation est nécessaire. D'ailleurs, c'est une position qui est partagée par le Parlement puisque vous venez de prolonger la situation actuelle, provisoire, de manière à avoir le temps de traiter le fond de l'affaire.

J'aimerais rappeler dans ce débat d'entrée en matière quelques évidences chiffrées. Premièrement, nous vivons dans un pays dans lequel la densité de médecins en exercice est l'une des plus élevées parmi les Etats membres de l'OCDE. Alors cela a toutes sortes d'effets très positifs, par exemple: il n'y a pas de file d'attente pour accéder au médecin; on a en général accès rapidement à des soins de bonne qualité lorsque c'est nécessaire. Mais cela a évidemment aussi une conséquence sur les coûts.

Le deuxième élément, c'est qu'une étude récente de l'Observatoire suisse de la santé a confirmé ce que l'on supposait, ce que l'on savait déjà, à savoir qu'il y a un lien entre la densité de spécialistes et leur niveau d'activité d'une part, et les coûts par personne assurée dans l'assurance-maladie d'autre part. Autrement dit, plus il y a de médecins, plus il y a de spécialistes, et plus les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins augmentent. D'ailleurs, on sait – c'est un chiffre qui a déjà été publié il y a fort longtemps par le Conseil fédéral – qu'un cabinet supplémentaire engendre en moyenne un demi-million de francs de coûts supplémentaires par an. Ces coûts peuvent être tout à fait justifiés, il faut être clair, mais pas toujours. C'est aussi une constatation que nous avons faite ces dernières années.

Le Conseil fédéral estime qu'une levée de la limitation des admissions n'est pas envisageable, notamment en raison de l'augmentation des coûts que cela générerait. Quelques expériences récentes le rappellent. Je vous donne quelques exemples – ils concernent évidemment des cantons qui ont été particulièrement touchés, mais ils sont, je crois, assez parlants. Prenons l'exemple du canton de Genève. A Genève, le nombre de numéros de registres délivrés par SASIS SA pour l'autorisation à pratiquer, en 2012/13, c'est-à-dire au moment où il n'y avait plus de limitation des admissions, a presque triplé par rapport au niveau de 2011. Cela a des conséquences en termes de coûts. On a vu qu'en 2013, les coûts des prestations des médecins en cabinet ont augmenté de 8,5 pour cent dans le canton de Genève alors que l'augmentation n'était que de 2,8 pour cent en 2011.

Prenons un autre exemple, c'est celui du Tessin où le nombre de nouvelles admissions a pratiquement quadruplé – c'est-à-dire fois 4 – en 2012 et triplé – fois 3 – en 2013, et ce toujours par rapport à l'année 2011. Là aussi, en 2013, pas de surprise: augmentation des coûts de 8,1 pour cent dans le domaine concerné, contre 2,5 pour cent seulement en 2011. Or je vous rappelle que tout ce qui concerne les augmentations de coûts se transforme ensuite en augmentation de primes. Il faut aussi le dire clairement, puisque les primes couvrent les coûts.

On a la même chose dans le canton de Berne – donc cela ne concerne pas que les cantons frontaliers comme ceux de Genève ou du Tessin – où le nombre de nouvelles installations de médecins a plus que doublé en 2012, et triplé en 2013. Là aussi, l'augmentation des coûts n'était que de 3,5 pour cent en 2012, mais déjà de 7,4 pour cent en 2013. Or si on regarde l'année 2011, à savoir avant la levée de la limitation des admissions,





cela n'était encore que de 2,8 pour cent.

Tout cela montre que les conséquences sont importantes. Cela ne signifie pas, encore une fois, que ces coûts ne couvrent pas des prestations nécessaires, mais enfin, moins il y a, dans ce domaine, de contrôles et plus il y a de risques d'inefficience et d'avoir effectivement une augmentation des coûts qui ne soit pas absolument nécessaire.

C'est dans ce cadre que le Conseil fédéral avait, à la demande des cantons mais avec votre appui également, proposé ensuite une solution durable dans ce domaine. C'est un projet qui a finalement été rejeté à une voix près il y a exactement trois ans par le Conseil national, alors que le Conseil des Etats l'avait, lui, accepté.

Cela n'enlève rien à la situation suivante: nous avons besoin d'une régulation efficace et qui porte ses fruits dans ce domaine. On peut tourner le problème comme on veut, on se rend quand même bien compte que, dans ce domaine, il y a un moment où les discours de nature un peu idéologique doivent faire la place à une attitude pragmatique permettant de dire comment on souhaite procéder.

Vous connaissez le projet du Conseil fédéral. Il repose sur trois niveaux d'intervention, que je ne vais pas détailler maintenant. Votre commission a apporté toute une série de modifications sur lesquelles je m'exprimerai volontiers tout à l'heure. Nous sommes d'accord avec la plupart d'entre elles, mais pas avec toutes.

Le plus important maintenant, c'est de reconnaître qu'il y a nécessité d'agir, qu'il n'y a pas de place pour faire des jeux politiques, qu'il faut trouver une solution qui soit durable pour prendre le relais de la solution provisoire que nous n'aimons pas, parce qu'elle est provisoire, mais qui dure quand même depuis plus de quinze ans.

Au nom du Conseil fédéral, j'aimerais vous inviter à entrer en matière sur le projet.

**La présidente** (Carobbio Guscetti Marina, présidente): I relatori di commissione rinunciano a prendere la parola.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen*

*L'entrée en matière est décidée sans opposition*

*AB 2018 N 2159 / BO 2018 N 2159*

## **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)** **Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Admission des fournisseurs de prestations)**

*Detailberatung – Discussion par article*

### **Titel und Ingress; Ziff. I Einleitung; Ersatz eines Ausdrucks; Art. 35 Titel, Abs. 1, 2; Art. 36**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

### **Titre et préambule; ch. I introduction; remplacement d'une expression; art. 35 titre, al. 1, 2; art. 36**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

### **Art. 36a**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1, 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen je nach Art der Leistungserbringer die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen.

### **Art. 36a**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral



*Al. 2*

Les conditions d'admission portent, selon le type de fournisseurs de prestations, sur la formation de base, sur la formation postgrade et sur les exigences nécessaires pour assurer la qualité des prestations.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 36b**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Register

*Text*

Der Bund führt ein Register über die nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a bis g, m und n zugelassenen Leistungserbringer. Er kann die Führung des Registers an Dritte übertragen. Für Leistungen im Rahmen der Registerführung können Gebühren erhoben werden.

**Art. 36b**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Registre

*Texte*

La Confédération tient un registre des fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettres a à g, m et n, qui sont admis à pratiquer. Elle peut confier la tenue du registre à des tiers. Ils peuvent prélever des émoluments pour financer les prestations fournies dans le cadre de la tenue du registre.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 36c**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Zweck

*Text*

Das Register dient:

- a. dem Austausch zwischen den Kantonen über die zugelassenen Leistungserbringer;
- b. dem Austausch über getroffene Massnahmen nach Artikel 38 und Sanktionen nach Artikel 59;
- c. der Information der Versicherer und Versicherten;
- d. statistischen Zwecken.

**Art. 36c**

*Proposition de la commission*

*Titre*

But

*Texte*

Le registre sert:

- a. à l'échange d'informations entre les cantons concernant les fournisseurs de prestations admis;
- b. à l'échange d'informations sur les mesures prises en vertu de l'article 38 et les sanctions prononcées en vertu de l'article 59;
- c. à l'information des assureurs et des assurés, et
- d. à des fins statistiques.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 36d**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Inhalt



*Abs. 1*

Das Register enthält die Daten, die zur Erreichung des Zwecks nach Artikel 36c benötigt werden. Dazu gehören auch besonders schützenswerte Personendaten im Sinne von Artikel 3 Buchstabe c des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz.

*Abs. 2*

Der Bundesrat erlässt nähere Bestimmungen über die im Register enthaltenen Personendaten sowie über deren Bearbeitung.

**Art. 36d**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Contenu

*Al. 1*

Le registre contient les données nécessaires pour atteindre les buts visés à l'article 36c. En font aussi partie les données sensibles au sens de l'article 3 lettre c de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données.

*Al. 2*

Le Conseil fédéral édicte des dispositions plus détaillées sur les données personnelles contenues dans le registre et sur les modalités de leur traitement.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 36e**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Meldepflicht

*Text*

Die zuständigen kantonalen Behörden melden dem Bund oder den mit der Registerführung betrauten Dritten ohne Verzug die Erteilung, die Verweigerung oder die Änderung der Zulassung sowie jede Massnahme nach Artikel 38 und Sanktion nach Artikel 59.

**Art. 36e**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Obligation de notifier

*Texte*

Les autorités cantonales compétentes notifient sans retard à la Confédération ou aux tiers chargés de la tenue du registre tout octroi, refus ou modification d'une admission à pratiquer, ainsi que toute mesure visée à l'article 38 et sanction visée à l'article 59.

*Angenommen – Adopté*

*AB 2018 N 2160 / BO 2018 N 2160*

**Art. 36f**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Datenbekanntgabe

*Abs. 1*

Die im Register enthaltenen Daten sind über das Internet öffentlich zugänglich.

*Abs. 2*

Der Bundesrat kann vorsehen, dass bestimmte Daten nur auf Anfrage zugänglich sind.

*Abs. 3*

Die Daten zu Massnahmen nach Artikel 38 und Sanktionen nach Artikel 59 sowie die Gründe hierfür stehen nur den für die Erteilung der Zulassung zuständigen kantonalen Behörden zur Verfügung.



### **Art. 36f**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Communication de données

*Al. 1*

Les données contenues dans le registre sont accessibles au public via Internet.

*Al. 2*

Le Conseil fédéral peut prévoir que certaines données ne soient accessibles que sur demande.

*Al. 3*

Les données concernant les mesures visées à l'article 38 et les sanctions visées à l'article 59, ainsi que les motifs de celles-ci, ne sont disponibles que pour les autorités cantonales chargées de l'octroi des autorisations de pratiquer.

*Angenommen – Adopté*

### **Art. 36g**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Löschung und Entfernung von Registereinträgen

*Abs. 1*

Der Eintrag von Verwarnungen und Bussen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstaben a und b und nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstaben a und c sowie die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe b, werden fünf Jahre nach ihrer Anordnung aus dem Register entfernt.

*Abs. 2*

Bei einem befristeten Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe c sowie Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe d wird zehn Jahre nach seiner Aufhebung im Register der Vermerk "gelöscht" angebracht.

*Abs. 3*

Alle Einträge zu einer Person werden aus dem Register entfernt, sobald eine Behörde deren Ableben meldet. Die Daten können danach in anonymisierter Form für statistische Zwecke verwendet werden.

### **Art. 36g**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Radiation et élimination d'inscriptions dans le registre

*Al. 1*

L'inscription d'un avertissement ou d'une amende en vertu des articles 38 alinéa 2 lettres a et b, et 59 alinéa 1 lettres a et c, ainsi que du remboursement total ou partiel des honoraires perçus pour des prestations non appropriées au sens de l'article 59 alinéa 1 lettre b, est éliminée du registre cinq ans après le prononcé de la mesure disciplinaire en question.

*Al. 2*

L'inscription d'un retrait temporaire de l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en vertu des articles 38 alinéa 2 lettre c ou 59 alinéa 1 lettre d, est complétée dans le registre, dix ans après la levée dudit retrait, par la mention "radié".

*Al. 3*

Toutes les inscriptions relatives à une personne sont éliminées du registre dès qu'une autorité annonce son décès. Les données peuvent être ensuite utilisées à des fins statistiques ou scientifiques sous une forme anonymisée.

*Angenommen – Adopté*

### **Art. 37**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1*

Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a müssen mindestens zwei Jahre im beantragten



Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte sowie ein Jahr in einem Spital, das gemäss einer kantonalen Spitalliste Grundversorgung anbietet, gearbeitet haben und über die notwendige Sprachkompetenz verfügen. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

*Abs. 2, 3*

Streichen

*Abs. 4*

Die Einrichtungen nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n werden nur zugelassen, wenn die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 und 5 erfüllen.

*Abs. 5*

Leistungserbringer nach den Absätzen 1 und 4 müssen sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier anschliessen.

#### *Antrag der Minderheit*

(Humbel, de Courten, Graf Maya, Herzog, Roduit, Sauter, Weibel)

*Abs. 1*

Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a müssen mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben und über die notwendige Sprachkompetenz verfügen. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

#### **Art. 37**

##### *Proposition de la majorité*

*Al. 1*

Les fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettre a doivent avoir travaillé pendant au moins deux ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, dans le domaine de spécialité faisant l'objet de la demande d'admission, et pendant un an dans un hôpital dispensant des soins de base selon une liste cantonale des hôpitaux, et disposer des compétences linguistiques nécessaires. Le Conseil fédéral règle les détails.

*Al. 2, 3*

Biffer

*Al. 4*

Les institutions visées à l'article 35 alinéa 2 lettre n ne sont admises que si les médecins qui y pratiquent remplissent les conditions prévues aux alinéas 1 et 5.

*Al. 5*

Les fournisseurs de prestations visés aux alinéas 1 et 4 doivent s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence certifiée au sens de l'article 11 lettre a de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient.

##### *Proposition de la minorité*

(Humbel, de Courten, Graf Maya, Herzog, Roduit, Sauter, Weibel)

*Al. 1*

Les fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 lettre a doivent avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, dans le domaine de spécialité faisant l'objet de la demande d'admission, et disposer des compétences linguistiques nécessaires. Le Conseil fédéral règle les détails.

AB 2018 N 2161 / BO 2018 N 2161

**La presidente** (Carobbio Guscetti Marina, presidente): La proposta della minoranza Humbel è presentata dal signor Roduit.

**Roduit Benjamin** (C, VS): Je m'exprimerai au nom de la minorité Humbel, mais aussi au nom du groupe PDC. A l'article 37 sont définies les conditions particulières d'admission, notamment les critères de formation et les compétences linguistiques. Celles-ci sont nécessaires et ne sont pas remises en cause. Par contre, il est important de renforcer le critère des trois ans d'activité médicale et cela non seulement dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, comme jusqu'à présent, mais dorénavant, en plus, dans la discipline



demandée pour l'admission. Pour s'installer par exemple en tant que cardiologue, il faudra avoir pratiqué cette discipline pendant au moins trois ans dans un établissement de formation suisse. Par conséquent, une activité en tant qu'interniste ne suffira plus.

Pourquoi cela? Parce que exiger, comme le fait la proposition de la majorité, que deux ans soient accomplis dans le domaine de spécialité médicale et un an dans un hôpital qui offre des soins de base selon la liste cantonale des hôpitaux, est totalement inadéquat et disproportionné. Il tombe en effet sous le sens que toutes les formations des médecins, y compris à l'étranger, commencent par une formation en soins de base. Si un médecin est recruté comme spécialiste, ce qui est presque toujours le cas, c'est essentiellement pour cette formation qu'il faut donner des garanties. Dès lors l'exigence de formation d'une année en soins de base n'est pas nécessaire.

D'autre part, avec une telle disposition, non seulement les hôpitaux régionaux, mais aussi les cliniques privées seront massivement désavantagés, ce qui conduit à une concentration des médecins dans quelques rares grands centres. On ne peut pas reprocher par exemple aux établissements privés de ne pas former suffisamment et de faire du "Rosinenpicken" si on les préérige en favorisant clairement l'hôpital cantonal public. Il en va de même pour les hôpitaux régionaux qui doivent déjà se battre pour attirer des médecins dans des régions périphériques, souvent moins attractives dans leur rémunération tarifaire et sans pôle universitaire.

L'approche développée par la proposition de la majorité crée de fausses incitations dans le système de recrutement des médecins, avec des conséquences imprévisibles pour les cantons et les prestataires de soins. Au surplus, si on prend le cas d'un éminent professeur de médecine d'un hôpital universitaire d'un pays de l'Union européenne souhaitant venir poursuivre sa carrière en Suisse, on voit mal comment lui imposer une année de formation en soins de base alors que ses compétences attendues sont dans sa spécialité. On se privera ainsi des potentiels "top shot", des pointures internationales.

Plus important encore, en nous appuyant sur l'état au 29 juin 2018 des registres des établissements certifiés, on s'aperçoit non seulement que ce critère est primordial pour la qualité de la prise en charge médicale en Suisse, mais encore qu'il a un impact significatif sur le nombre de médecins candidats à l'admission. Prenons deux exemples parlants. Si un spécialiste en cardiologie souhaite être admis à pratiquer en tant que cardiologue, il n'a plus le choix entre 4000 établissements médicaux pour accomplir les trois ans mais seulement entre 60. Le nombre restreint de postes spécialisés disponibles limite ainsi à lui seul les admissions, ce qui correspond à l'objectif de ce projet de modification partielle de la loi.

Autre cas: une jeune femme médecin qui souhaite à terme exercer sous sa propre responsabilité sera influencée pour choisir sa future discipline et optera plutôt pour la médecine interne générale. Il y a plus de 1500 établissements certifiés, car c'est dans cette spécialisation que la probabilité d'obtenir une admission est la plus élevée. Dans ce cas, cela permettra d'endiguer la pénurie de médecins du secteur ambulatoire.

Enfin, n'oublions pas que les cantons peuvent continuer d'influer sur l'admission des fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire "via" les listes hospitalières et les mandats de prestations.

Pour toutes ces raisons, je vous recommande donc de soutenir, à l'article 37, la minorité Humbel, et c'est aussi l'avis du groupe PDC.

**Brand Heinz (V, GR):** Ich spreche für die SVP-Fraktion zu Artikel 37. Es ist zugegebenermassen keine Kardinalfrage, die hier im Rahmen der Neuordnung der Zulassungsregelung geregelt wird. Es handelt sich hierbei auch um eine kleine Differenz, die auch nicht der zentralste Punkt dieser Vorlage ist.

Aber ein Punkt ist in diesem Zusammenhang von besonderer Relevanz: Weil wir bekanntermassen einen Überhang an Spezialärzten und vergleichsweise wenige Allgemeinpraktiker haben, ist es sinnvoll, wenn alle Ärzte, die zukünftig eine Praxis eröffnen oder fachlich selbstständig mit Patientinnen und Patienten arbeiten wollen, auch punkto Grundversorgung gut ausgebildet sind. Schliesslich übernehmen auch die Spezialisten immer wieder Grundversorgungsaufgaben.

Es geht hier, wie Kollegin Sauter im Rahmen ihres Eintretensvotums festgehalten hat, nicht um Strukturhaltungspolitik oder um die Vertretung von Partikularinteressen, sondern auch darum, die Landregionen, die Landspitäler, die Spitäler in den Peripherien auf dem Arbeitsmarkt einigermassen gleichzustellen mit den Universitäts- und Zentrumsspitalern und ihnen einen gleichwertigen Zugang zum Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Wenn wir immer wieder von der Hausarztmedizin sprechen, sollten wir bei den sich bietenden Gelegenheiten auch ein positives Zeichen setzen.

Auch wenn das, wie gesagt, nicht der wichtigste Teil dieser Vorlage ist, möchte ich Sie doch bitten, diesem Aspekt bei Ihrem Entscheid das entsprechende Gewicht beizumessen. Die SVP-Fraktion ist in diesem Punkt gespalten. Ich möchte Sie bitten, von diesem Umstand Kenntnis zu nehmen und meine Ausführungen in Ihre Überlegungen beim Entscheid einzubeziehen.



**Gysi** Barbara (S, SG): Ich könnte für einmal fast das gleiche Votum halten wie mein Kollege aus der SVP-Fraktion. Das ist selten, aber in diesem Punkt, bei Artikel 37, bei den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um diese Zulassung zu bekommen, ist es der Fall. Es geht, wie von ihm auch ausgeführt wurde, eigentlich um eine kleine Differenz. Ich möchte Sie aber im Namen der SP-Fraktion trotzdem bitten, der Mehrheit zu folgen. Es ist grundsätzlich unbestritten, dass Personen, die in der Schweiz eine Zulassung bekommen sollen, über genügendes Fachwissen verfügen müssen, dass sie aber auch Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems erworben und natürlich genügend Sprachkenntnisse haben sollen.

Wie sollen sie nun genügend Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems erwerben? Ich glaube, das ist ein Punkt, der eben auch in der Differenz eingeflossen ist. Wir unterstützen es in unserer Fraktion mehrheitlich, dass man zwei Jahre in einer Weiterbildungsinstitution und ein Jahr in der Grundversorgung gearbeitet haben soll; das kann dann eben auch in einem Regionalspital sein. Es ist richtig und auch sinnvoll, wenn man nicht nur in einem Zentrums- oder Universitätsspital gearbeitet hat, sondern eben auch die regionalen Aspekte kennenlernt. Ich glaube, da gibt es dann auch einen Know-how-Transfer. Es ist durchaus im Sinne der Regionalspitäler, dass dieses Know-how in die Regionalspitäler fliesst, auch wenn es Spezialistinnen oder Spezialisten sind, die aus dem Ausland kommen, damit sie sehen, wie bei uns in den Regionen dezentral gearbeitet wird. Ich glaube, das macht durchaus Sinn. Darum ist die Mehrheit zu unterstützen.

Wir haben in unserer Fraktion auch Personen, die eine andere Position vertreten und der Meinung sind, es sei für Ärzte und Ärztinnen gerade aus fachlichen Gründen wichtig, eben drei Jahre in einem Zentrums- oder Universitätsspital zu sein. Wie gesagt, es ist nicht die zentrale Frage dieser Vorlage. Es ist aber wichtig, dass die Personen genügend Kenntnisse haben und genügend gut ausgebildet sind. Das ist

AB 2018 N 2162 / BO 2018 N 2162

relevant, aber wir wollen ja auch unsere regionalen Strukturen stärken.  
Unterstützen Sie darum die Mehrheit!

**Berset** Alain, président de la Confédération: Sur ce point, le Conseil fédéral vous a fait une proposition qui lui paraît justifiée, qui lui paraît tenir la route, d'autant plus qu'elle respecte, de son point de vue, le droit international. C'était une des questions qui se posait: est-ce que la Suisse respecte ses engagements à l'égard du droit international? Cela semble être le cas, selon le Conseil fédéral.

C'est la raison pour laquelle il semble au Conseil fédéral que la meilleure proposition qui vous est soumise, même si elle n'a pas été directement soutenue, ni par la majorité ni par la minorité de la commission, serait sa proposition. Je me rends bien compte cependant que je suis un peu seul ici à la soutenir. Je le regrette parce que ce serait probablement le meilleur moyen d'obtenir un bon résultat, de parvenir à une bonne solution.

Constatant qu'il y a une majorité et une minorité, et s'il fallait donner une préférence à l'une ou à l'autre, le Conseil fédéral préférerait éventuellement la proposition de la minorité, mais je vous laisse décider.

**Humbel** Ruth (C, AG), für die Kommission: Bei Artikel 37 Absatz 1 geht es um die Frage, welche Anforderungen ausländische Ärzte, welche in der Schweiz praktizieren wollen, erfüllen müssen. Der Bundesrat hat in seiner Version vorgeschlagen, dass diese Ärzte eine Prüfung ablegen müssen; daneben müssen sie sich auch über ihre sprachlichen Kompetenzen ausweisen.

Die Kommission ist sich darin einig, dass von ausländischen Ärzten keine Prüfung über die Kenntnisse in ihrem Fachgebiet verlangt werden soll, sondern dass sie sich über die praktische Erfahrung und ihre Sprachkompetenzen ausweisen müssen. Die Kommissionsmehrheit will nun, dass sich die Ärzte in der Schweiz zwei Jahre in ihrem Fachgebiet vertiefen müssen und dass sie während eines Jahres in einem Spital, das über einen Grundversorgungsauftrag verfügt, arbeiten müssen.

Der Unterschied zur Kommissionsminderheit liegt darin, dass diese davon absehen will, von allen Fachspezialisten – es sind ausgebildete Fachspezialisten – eine einjährige Tätigkeit in einem Grundversorgungsspital zu verlangen. Für die Kommissionsminderheit ist es nicht einzusehen, wieso ein ausgebildeter Neurologe, der ausschliesslich in diesem Fachgebiet tätig sein will, in einem Regionalspital arbeiten muss. Eine solche Vorschrift könnte eher dazu führen, dass weitere Spezialisierungsgelüste bei Regionalspitälern ausgelöst werden. Zudem bieten ja nicht nur Regionalspitäler Grundversorgung an, sondern auch Universitätsspitäler.

Die Kommissionsmehrheit hingegen ist der Meinung, dass alle Ärzte in Regionalspitälern wichtige Erfahrungen in der Grundversorgung sammeln können und dass es für die Regionalspitäler so einfacher ist, Personal zu rekrutieren. Ihre Kommission hat mit 14 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen entschieden.

Bei dieser Gelegenheit noch eine Bemerkung zu Artikel 37 Absatz 5: Dieser Artikel ist zwar nicht bestritten, aber er ist relativ sensibel. Es geht darum, dass Ärztinnen und Ärzte künftig nur dann eine Zulassung zur am-



bulanten Tätigkeit in der Krankenpflegeversicherung erhalten, wenn sie sich einer zertifizierten Gemeinschaft gemäss Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier anschliessen. Wir haben das EPDG verabschiedet, es ist im Frühling 2017 in Kraft getreten. Spitäler müssen das elektronische Patientendossier bis 2020 einführen, Pflegeheime bis 2022. Ihre Kommission ist der Meinung, dass es gerade für die koordinierte Versorgung und zur Qualitätssicherung wichtig ist, dass auch Ärzte im ambulanten Bereich ein elektronisches Patientendossier führen müssen, und hat diesen Entscheid mit 19 zu 1 Stimmen bei 3 Enthaltungen gefällt. Ich bitte Sie, bei Artikel 37 Absatz 1 der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Clottu** Raymond (V, NE), pour la commission: A l'article 37 alinéa 1, la commission, par 14 voix contre 7 et 2 abstentions, propose que les médecins "doivent avoir travaillé pendant au moins deux ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, dans le domaine de spécialité faisant l'objet de la demande d'admission, et pendant un an dans un hôpital dispensant des soins de base selon une liste cantonale des hôpitaux, et disposer des compétences linguistiques nécessaires". Quant à la proposition de la minorité Humbel, elle prévoit que les médecins "doivent avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade".

Je fais encore une remarque concernant l'article 37 alinéa 5. C'est quelque chose qui nous paraît assez important. Il n'y a pas de divergence concernant cette disposition. Par 19 voix contre 1 et 3 abstentions, notre commission propose que, à l'avenir, seuls soient admis à pratiquer à la charge de l'assurance de base les médecins affiliés à une communauté de référence certifiée qui participe au système du dossier électronique du patient.

Pour mémoire, le dossier électronique du patient doit être introduit dans les hôpitaux d'ici 2020 et, d'ici 2022, dans les établissements médicosociaux. Par contre, aucun délai n'a été fixé aux médecins libéraux lors de l'entrée en vigueur de la loi sur le dossier électronique du patient au printemps 2017. C'est aussi un point important qu'il fallait relever.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 18.047/18078)

Für den Antrag der Minderheit ... 170 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 12 Stimmen

(2 Enthaltungen)

#### *Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

#### **Art. 38; 53 Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

#### **Art. 38; 53 al. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Art. 55a**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1*

Die Kantone beschränken in einem oder ... Leistungen erbringen, auf die definierten Bandbreiten. Wenn ein Kanton die Anzahl Ärzte und Ärztinnen beschränken muss, dann sieht er vor:

...

*Abs. 1bis*

In Abweichung davon kann ein Kanton vorsehen, dass die Ärztinnen und Ärzte nach Absatz 1 Buchstabe a, die Leistungserbringer nach Absatz 1 Buchstabe b, in welchen Ärztinnen und Ärzte ihre Tätigkeit ausüben, und die Versicherer in der Wahl der Vertragspartner frei sind. Zur Sicherstellung der Versorgung legt der Kanton mit einer Unter- und Obergrenze die Bandbreite der Anzahl Ärzte und Ärztinnen fest. Innerhalb dieser Bandbreite muss jeder Versicherer Verträge mit Leistungserbringern abschliessen. Als Obergrenze gilt die nach Absatz 1 festgelegte Höchstzahl. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.





*Abs. 2*

Der Bundesrat legt die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen fest. Dabei berücksichtigt er insbesondere die interkantonalen Patientenströme bzw. die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärzte und Ärztinnen.

*Abs. 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

AB 2018 N 2163 / BO 2018 N 2163

*Abs. 3bis*

Die Kantone sind ausserdem dazu angehalten, das Angebot und die Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung auf ihrem Gebiet regelmässig zu analysieren.

*Abs. 4*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 5*

Werden in einem Kanton Zulassungen beschränkt, so können folgende Ärzte und Ärztinnen weiterhin tätig sein:

...

*Abs. 6*

... so sieht der Kanton vor, dass ...

*Abs. 7*

Gegen kantonale Erlasse über die Festlegung und Berechnung der Bandbreiten und Höchstzahlen nach den Absätzen 1 und 6 steht den Versicherern oder deren Verbänden nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 ein Beschwerderecht zu.

*Antrag der Minderheit*

(Ruiz Rebecca, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Heim, Schenker Silvia)

*Abs. 1bis*

Streichen

*Abs. 2*

Bei der Festlegung der Höchstzahlen trägt er der generellen Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärzte und Ärztinnen nach Absatz 1 Rechnung. Die Kantone können andere Kriterien für die Zulassung festlegen, insbesondere um die Deckung der Pflegebedürfnisse der Bevölkerung ebenso wie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu gewährleisten. Der Bundesrat kann weitere Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen bestimmen.

*Antrag der Minderheit*

(Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)

*Abs. 7*

Streichen

**Art. 55a**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1*

Selon les fourchettes définies, les cantons limitent, dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines régions, le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Lorsqu'un canton doit limiter le nombre de médecins, il prévoit:

...

*Al. 1bis*

En dérogation à cette disposition, un canton peut prévoir que les médecins visés à l'alinéa 1 lettre a, les fournisseurs de prestations qui emploient les médecins visés à l'alinéa 1 lettre b et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires contractuels. Afin de garantir la couverture en soins, le canton définit, au moyen d'une limite inférieure et d'une limite supérieure, la fourchette applicable au nombre de médecins. Chaque assureur doit conclure des contrats avec des fournisseurs de prestations dans cette fourchette. La limite supérieure correspond au nombre maximal fixé selon l'alinéa 1. Le Conseil fédéral règle les modalités.



*Al. 2*

Le Conseil fédéral définit les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux. Il tient compte en particulier des flux de patients entre les cantons et des régions responsables de la fourniture des soins ainsi que de l'évolution générale du taux d'activité des médecins.

*Al. 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3bis*

Les cantons sont par ailleurs tenus de procéder régulièrement à une analyse de l'offre et des besoins en matière de soins sur leur territoire.

*Al. 4*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 5*

En cas de limitation des admissions à pratiquer dans un canton, les médecins suivants peuvent continuer de pratiquer:

...

*Al. 6*

... le canton prévoit qu'aucune ...

*Al. 7*

Les assureurs-maladie et leurs fédérations peuvent recourir conformément à la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral contre les décisions relatives à la fixation et au calcul des nombres maximaux et des fourchettes prises par les cantons en vertu des alinéas 1 et 6.

*Proposition de la minorité*

(Ruiz Rebecca, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Heim, Schenker Silvia)

*Al. 1bis*

Biffer

*Al. 2*

Lorsqu'il fixe les nombres maximaux de médecins, le canton tient compte de l'évolution générale du taux d'activité des médecins visés à l'alinéa 1. Le canton peut définir d'autres critères pour l'admission, en particulier pour assurer la couverture des besoins en soins de la population, ainsi que la qualité et l'économicité des prestations. Le Conseil fédéral peut définir des critères supplémentaires et des principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux.

*Proposition de la minorité*

(Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)

*Al. 7*

Biffer

**La présidente** (Carobbio Guscetti Marina, présidente): La proposta della minoranza Carobbio Guscetti è presentata dalla signora Heim.

**Ruiz Rebecca Ana** (S, VD): Ma proposition de minorité à l'article 55a alinéa 1bis vise précisément à biffer cet alinéa supplémentaire introduit par la majorité de la commission. Avec cet alinéa, la majorité cherche à supprimer le libre choix du médecin dans certains cantons. On créerait, si cette proposition venait à rester dans le projet, deux catégories de médecins: les médecins qui sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins et ceux qui ne le sont pas.

Cette pseudo-solution pose différents problèmes. Premièrement, elle ne diminue en aucun cas le nombre de médecins présents sur le territoire, contrairement à la régulation de l'admission par les cantons. Deuxièmement, cette idée pourrait s'apparenter à un cauchemar administratif. Pour les médecins, cela entraînera des discussions et des démarches qui différeront pour chacune des plus de 50 caisses-maladie existantes. Quant aux patients, avant de s'affilier à une caisse, ils devront au préalable s'assurer que leur médecin traitant est bel et bien remboursé, ou alors avant de consulter un spécialiste, ils devront, là aussi, s'assurer de la présence dudit médecin sur la liste des prestataires remboursés par leur assurance.

La majorité de la commission justifie l'introduction de cette disposition par la reprise de l'initiative parlementaire 17.442. Or cette initiative prévoyait certaines conditions et certains garde-fous. Ce n'est absolument pas le cas ici. Nulle part, il n'est question d'éventuelles exceptions, de voies de recours, de durées contractuelles. Ce



nouvel alinéa 1bis offre donc un blanc-seing aux assureurs. La majorité de la commission souhaite simplement leur octroyer encore plus de pouvoir que ce que prévoyait l'initiative parlementaire 17.442 ou même le projet de 2004 sur la liberté de contracter.

Il faut aussi rappeler que, dans le cadre de ce projet, le Conseil fédéral avait mis en consultation un avant-projet qui prévoyait de donner plus de responsabilités aux assureurs. Cet avant-projet a provoqué une levée de boucliers auprès

AB 2018 N 2164 / BO 2018 N 2164

des cantons, des fournisseurs de prestations et des patients. Pourquoi dès lors vouloir risquer un référendum? Dans tous les cas, une telle limitation ne serait ni dans l'intérêt des patients, ni dans celui des médecins. Quant aux cantons, pour l'heure ils n'ont pas utilisé la possibilité que leur offre la LAMal de déléguer certaines compétences aux assureurs. Au lieu de s'obstiner à faire le bonheur des cantons à leur insu – ou à leurs dépens –, nous devrions plutôt essayer de trouver un projet qui soit le plus consensuel possible.

C'est pourquoi je vous invite à soutenir la proposition de la minorité à l'alinéa 1bis.

Concernant ma proposition de minorité à l'alinéa 2, il s'agit de savoir quel est l'échelon le plus approprié pour définir le nombre maximal de médecins autorisés à pratiquer. Si vous estimez que les cantons sont les mieux placés pour savoir combien de médecins il faut sur leur territoire, alors vous pouvez soutenir cette proposition. Cette répartition des rôles correspond aussi à l'esprit du mandat constitutionnel relatif à ce qui concerne les soins médicaux. Les cantons se situent à l'échelon approprié pour évaluer les besoins, car ils sont proches non seulement de la population, mais aussi des fournisseurs de prestations. Sur le terrain, la densité de spécialistes diffère fortement d'un canton à l'autre, et même parfois au sein d'un seul canton. Les cantons sont donc les mieux placés pour tenir compte de ces spécificités et des besoins avérés dans les régions.

En ce qui concerne les flux de patients entre les cantons, force est de constater ici aussi que les cantons sont non seulement dans une position idéale pour comprendre les flux de patients qui entrent ou qui sortent de leur territoire, mais ils ont aussi intérêt à les connaître pour se faire une image précise de l'offre et de la demande de soins sur leur territoire. Si cette compétence était accordée au Conseil fédéral, le pire serait que l'administration fédérale doive se baser sur les études des administrations cantonales pour connaître les flux de patients entre les différentes régions. Ma proposition de minorité permet donc de conserver une certaine simplicité dans le système.

Quant à la deuxième partie de l'alinéa 2, elle garantit une certaine cohérence. Cette compétence accordée au Conseil fédéral lui permettra de définir des critères supplémentaires et des principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux. Ainsi, le système prévu est un gage de fédéralisme, dans la mesure où il permet de tenir compte des particularités cantonales, mais avec des correctifs pour éviter de trop grandes disparités entre les cantons.

**Heim Bea (S, SO):** Ich spreche in Vertretung von Kollegin Marina Carobbio Guscetti zu ihrer Minderheit bei Artikel 55a Absatz 7 zum Beschwerderecht der Versicherer oder deren Verbände gegen kantonale Entscheide betreffend Höchstzahlen für die Zulassung von Leistungserbringenden.

Es fällt auf, dass sich die Krankenversicherer Schritt für Schritt daranmachen, die Steuerung des Gesundheitswesens zu übernehmen. Sie wollen eine Mitsprache und Mitbestimmung bei den Spital- und Pflegeheimlisten der Kantone – die Parlamentsmehrheit gab ihnen in der Herbstsession Recht. Nun wollen sie das Beschwerderecht gegen Erlasse der Kantone zu den Höchstzahlen für die Zulassung von Leistungserbringenden, und wieder beantragt die SGK des Nationalrates hier Zustimmung. Damit würden die Versicherer Instrumente der Versorgungssteuerung erhalten, Instrumente, die die Planung der Kantone zur Sicherstellung der Versorgung blockieren und die ihre Entscheide ändern könnten. Die Krankenkassen haben dazu keinen demokratisch legitimierten Auftrag, ja, sie sind ohne jegliche Verantwortung für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung. Für die Deckung des Versorgungsbedarfs ihrer Bevölkerung sind die Kantone zuständig. Die Kantone haben dafür zu sorgen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.

Was passiert, wenn die Krankenkassen Beschwerde gegen die Kantone, deren Berechnung der Bandbreiten und Höchstzahlen für zugelassene Ärztinnen und Ärzte erheben können? Es resultiert erstens ein Machtkampf darüber, wer denn wirklich steuert, Kantone oder Versicherer. Erfolgt die Steuerung im Sinne der Verantwortung der Kantone für eine gute Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, oder erfolgt die Steuerung im ökonomischen Interesse der Krankenkassen, das nicht nur bei der Grundversicherung liegt, sondern auch beim Geschäft mit den Zusatzversicherungen? Es resultiert zweitens eine Vermischung der Kompetenzen der Kantone und der Versicherer bei der Versorgungsplanung wie bei der Zulassung der Leistungserbringenden zulasten der obligatorischen Krankenversicherung.



Dabei ist das Ziel der Vorlage doch eigentlich klar: Man will den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots und zur Kostendämpfung zur Verfügung stellen – selbstverständlich mit der Auflage, dass sich die Kantone in Versorgungsregionen koordinieren; selbstverständlich mit der Auflage, dass die Kantone Fehlversorgungen eliminieren und dass die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten beschränkt werden kann, wenn in einzelnen Fachgebieten ein massiver Kostenanstieg droht; und selbstverständlich mit der Auflage der Anhörung der Verbände, auch der Krankenkassenverbände. Diese sind sich allerdings oft nicht einig, und ob das mit dem Beschwerderecht der Kassen besser ist, ist zu bezweifeln.

Nach Artikel 55a Absatz 7 soll selbst einzelnen Versicherern ein Beschwerderecht zustehen. Das macht das Ganze noch komplexer. Vollends schwierig würde es, wenn ein Kanton tatsächlich die Vertragsfreiheit einführen würde, wie in Artikel 55a Absatz 1bis vorgesehen. Das Beschwerderecht der Versicherer und ihrer Verbände gegen kantonale Erlasse über die Festlegung der Bandbreiten und Höchstzahlen unterläuft eigentlich das Ziel der Vorlage. Statt den Kantonen ein wirksames Instrument zur Leistungs- und Kostensteuerung zu geben, drohen den Kantonen Blockaden und der Machtanspruch der Kassen.

Aus all diesen Gründen beantrage ich Ihnen im Namen der Minderheit Carobbio Guscetti und im Namen der SP-Fraktion die Streichung von Artikel 55a Absatz 7. Dasselbe beantragen Ihnen übrigens auch die Direktionen für Gesundheit und Soziales folgender Kantone: Bern, Freiburg, Genf, Jura, Neuenburg, Tessin, Wallis und Waadt. Lehnen Sie darum das Beschwerderecht der Kassen in Absatz 7 ab! Denn erstens ist es der Bund, der die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Höchstzahlen festlegt, wie Sie in Artikel 55a Absatz 2 sehen. Zweitens haben die Kantone nach Artikel 55a Absatz 3 die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer wie der Versicherten anzuhören. Daher braucht es dieses Beschwerderecht der Versicherer nicht. Ich beantrage Ihnen: Lehnen Sie Absatz 7 von Artikel 55a ab.

**Roduit Benjamin (C, VS):** Au fameux article 55a qui comporte des dispositions visant à limiter le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires, nous relevons trois minorités relatives aux alinéas 1bis, 2 et 7. Le groupe PDC les rejettera toutes pour les motifs suivants.

A l'article 55a alinéa 1bis, en s'inscrivant dans l'esprit de la LAMal, lors de l'établissement de la planification hospitalière, les cantons doivent garantir un approvisionnement médical minimum pour la population, y compris en ce qui concerne une planification coordonnée pour les patients hors canton. C'est ce que souhaite introduire la proposition de la majorité de la commission. Au-delà de cette garantie d'économie planifiée, il est dans l'intérêt des patients et du système de soins qu'au surplus seuls puissent être à la charge du système d'assurance-maladie, les prestataires de soins qui sont strictement conformes aux exigences d'économicité, d'adéquation et d'efficacité ainsi qu'aux exigences de qualité de la LAMal.

Cette base légale permettrait de favoriser une vraie concurrence des prestataires, basée sur le prix et la qualité des prestations de soins en faveur des patients. Si on défend le point de vue des patients, on ne peut pas s'opposer à ce nouveau paradigme qui stimulera la transparence des prestations médicales, cruellement défailante en Suisse. L'opposition de la minorité s'inscrit dès lors dans une vision dogmatique anti-assureurs – "les grands méchants" – et dans la crainte viscérale que l'on porte atteinte à l'obligation de

AB 2018 N 2165 / BO 2018 N 2165

contracter en vertu de cet article. Or cela n'est pas dans l'intérêt premier des patients.

A l'article 55a alinéa 2, seul le Conseil fédéral est à même d'avoir une vision générale des besoins d'approvisionnement dans les cantons. Il serait erroné de laisser chaque canton fixer désormais son propre nombre maximum de cas par discipline. Compte tenu des régions d'approvisionnement actuelles et futures, de la coopération entre les hôpitaux universitaires, cantonaux et privés et des fusions intercantionales, une erreur systémique aux conséquences imprévisibles serait ainsi créée. Une étude de Santésuisse met en exergue que l'on pourrait arriver à terme à six régions de santé en Suisse. Dans ce contexte, une compétence cantonale en la matière ne ferait que favoriser l'esprit de clocher ("Kantönligeist"), qui favorise le protectionnisme des structures sanitaires existantes sans incitation à l'efficacité.

Un cas de dérive cantonale est à ce jour révélé dans le canton de Vaud qui applique déjà des exigences maximales pour tous les prestataires de soins – il s'agit de la mise à jour de la législation cantonale d'application du moratoire, l'arrêté Avolaf. Les témoignages sont nombreux à ce jour concernant l'arbitraire vers lequel peut dériver un canton, s'il veut, au vu des nombreux rôles qu'il joue, protéger avant tout ses établissements publics et prêter les établissements privés. Plusieurs cas de demandes d'autorisation de pratiquer pour des médecins spécialistes européens restent sans réponse de la part de l'autorité cantonale. Des témoignages montrent que parfois le canton ne donne une réponse, parfois négative, qu'une année après le dépôt de la demande, et les cas sont nombreux. Il est bien évident que le médecin intéressé a depuis longtemps renoncé à attendre une



réponse d'engagement. Par contre, il n'y a aucune transparence en contrepartie sur les engagements réalisés auprès de l'hôpital universitaire cantonal.

En conséquence, pour éviter une telle dérive arbitraire et un protectionnisme cantonal, il ne faut pas que le Conseil fédéral ne soit qu'un tigre de papier. Il faut lui laisser la compétence de définir les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux, en tenant compte en particulier des flux de patients entre les cantons et les régions, ainsi que de l'évolution générale du taux d'activité des médecins.

Enfin, je serai bref pour ce qui concerne l'article 55a alinéa 7 étant donné que le Conseil national a donné un signal fort le 19 septembre dernier en adoptant, par 120 voix contre 58 et 2 abstentions, la motion 18.3709 de la CSSS-CN, "Etablissement des listes cantonales d'hôpitaux et d'EMS. Participation et codécision des assureurs-maladie". Par analogie aussi avec les discussions relatives à EFAS, si les cantons obtiennent plus d'instruments de pilotage dans le secteur ambulatoire, il est cohérent que les assureurs-maladie puissent faire valoir leur droit de recours.

En résumé, le groupe PDC vous demande de soutenir la majorité de la commission aux alinéas 1bis, 2 et 7 de l'article 55a.

**Brand Heinz (V, GR):** Ich spreche zu Artikel 55a Absatz 1bis und Absatz 2. Die SVP-Fraktion befürwortet die Option der Kantone – ich betone: der Kantone –, innerhalb ihres Gebietes den strikten Vertragszwang zu lockern, falls und nur falls die Versorgung wirklich gewährleistet ist.

Ich möchte Ihnen das an einem Beispiel zeigen: Die beiden Basel, die angesichts des derzeitigen Überangebots an orthopädischen Chirurgen von überhohen Kosten geplagt sind, könnten dann z. B. festlegen, dass in ihrer Region jeder Versicherer minimal 70 Prozent, maximal 90 Prozent der zugelassenen Orthopäden unter Vertrag nehmen müsste. Innerhalb der Ärzteschaft wäre dann in sehr begrenztem Umfang ein Wettbewerb möglich, gleichzeitig wäre aber auch die Versorgung garantiert. Da der Kanton die minimale Vertragszahl festlegen würde, wäre der zusätzliche Handlungsspielraum der Versicherer, um bessere Qualität oder günstigere Tarife zu verlangen, eher bescheiden, aber – und das ist wichtig – immerhin grösser als bisher.

Wie gesagt, es handelt sich in erster Linie um einen Entscheid des Kantons und nicht der Versicherer, ob bei Überversorgung eine Lockerung des Vertragszwanges vorgesehen wird. Die Versicherer müssen dann die vom Kanton festgelegte Mindestzahl an Ärzten unter Vertrag nehmen, aber sie dürfen die festgelegte Höchstzahl nicht überschreiten; dies, weil im angebotsgesteuerten Gesundheitsmarkt jede zusätzliche Praxis den Prämienzahler, über Prämienverbilligung und Sozialgelder aber letztlich auch den Steuerzahler mehr Geld kostet.

Es handelt sich also um eine Option der Kantone, und falls sie umgesetzt wird, um eine sehr ausbalancierte Lösung, welche keinem der Akteure zu viel Macht verleiht, aber auch keinen zu Ohnmacht verdammt.

Noch eine Bemerkung zu Absatz 2: Auch hier fällt die Differenz zwischen dem Mehrheits- und dem Minderheitsantrag eher geringfügig aus. Der Mehrheitsantrag ist aber wichtig, um die schweizweite Kohärenz und koordinierte Anwendung der Zulassungsregeln sicherzustellen. Während der Mehrheitsantrag sicherstellt, dass überkantonale Sachverhalte wie die Patientenströme bei den Kriterien zur Festlegung der Höchstzahlen in den Kantonen berücksichtigt werden, redet der Minderheitsantrag schwammigen Kriterien, die gar nicht objektiviert werden können, das Wort. Konkret nennt etwa der Minderheitsantrag die "Pflegebedürfnisse der Bevölkerung". Damit wird der Anwendung durch die Kantone nach Gutdünken Tür und Tor geöffnet, was dem gemeinsamen Verständnis unter den Kantonen abträglich ist. Ohne gemeinsames Verständnis, dies haben die letzten fast zwanzig Jahre Zulassungssteuerung überdeutlich gezeigt, ist eine konsequente und koordinierte Handhabung schlechterdings nicht möglich. Die Dummen bei einer Anwendung der Zulassungssteuerung nach Gutdünken wären dann letztlich wiederum die Prämien- und Steuerzahler, die diesen Wildwuchs berappen müssten. Auch hier bitte ich Sie deshalb, der Mehrheit zu folgen.

Noch eine letzte Bemerkung zu Absatz 7: Auch diese Bestimmung wird von der SVP-Fraktion vorbehaltlos unterstützt, weil sie dazu führt, die Kontrolle im Bereich der Zulassung zu verbessern, zu verstärken, womit man letztlich das Ziel, die Kostenentwicklung etwas zu dämmen, in den Griff bekommt.

**Heim Bea (S, SO):** Die Kostendiskussion im Gesundheitswesen ist zu Recht allgegenwärtig. Aus SP-Sicht ist der Handlungsbedarf gross, und ein nachweislich wirksames Instrument zur Kostendämmung ist die Steuerung der Zulassung von Leistungserbringenden und deren Tätigkeit zulasten der Grundversicherung – es ist ein wichtiges Instrument, insbesondere für die Grenzkantone. Das hat die Erfahrung 2012 gezeigt, mit der einjährigen Aufhebung dieser Steuerung. Damals kam es zu einer starken Zunahme der Fachärztdichte, der Konsultationen und damit der Kosten. Darum sollten wir die unendliche Geschichte der wiederkehrenden Be-fristungen nun beenden und zu einer definitiven Regelung für eine bedarfsorientierte Ärztezulassung finden.



Da es eine verfassungsmässige Pflicht der Kantone ist, eine gute medizinische Grundversorgung zu gewährleisten, ist es auch richtig, wenn die Kantone steuern. An den Kantonen ist es, mit regelmässigen Bedarfsanalysen Folgendes sicherzustellen:

1. dass keine Über- und keine Unterversorgung entsteht;
2. dass die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen wie auch der Versorgung gewährleistet sind, so wie es die Minderheit Ruiz Rebecca in Artikel 55a Absatz 2 vorschlägt, auch – und das ist wichtig – unter Beachtung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte;
3. dass die Versorgung optimal koordiniert ist mit den umliegenden Kantonen;
4. dass sie abgestimmt ist mit den Vorstellungen der Versichertenverbände, der Versicherungen sowie der Leistungserbringenden.

Die kantonale Zulassungssteuerung zur Kostendämmung ist ein wichtiger Schritt, den wir unterstützen, aber wir meinen, das Parlament sollte die Vorlage nicht überlasten. Die Kommission hat dies getan, denn diese Vorlage hat Pferdefüsse. Der grösste dieser Pferdefüsse findet sich in Absatz 1bis mit der Aufweichung des Kontrahierungszwanges. Für die SP geht das einfach nicht. Es sei ja vorerst nur ein Aufweichen,

AB 2018 N 2166 / BO 2018 N 2166

vorerst nur eine Möglichkeit, eine Kann-Formulierung. Nun, man will also doch, dass die Kantone ihre ur-eigenste, demokratisch verfügte Aufgabe und Kompetenz für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung abgeben und die Steuerung den Versicherern und Leistungserbringern überlassen, den Leistungserbringern, deren Zahl die Kantone an und für sich steuern sollten, deren Leistungen die Kantone hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit beaufsichtigen sollten. Irgendwie geht doch das nicht auf, selbst wenn diese Steuerung sich vorerst nur in den kantonalen Bandbreiten bewegen soll.

Mit im Steuerboot sollen nach Absatz 1bis auch die Versicherer sein – sie, die als Zahlstelle weder einen Volksauftrag zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit noch einen Volksauftrag zur Qualitätssicherung haben und sich darum in dieser Hinsicht bisher kaum positiv profiliert haben. Dieser Antrag der Kommissionsmehrheit bei Absatz 1bis steht unseres Erachtens im Widerspruch zum Ziel der Vorlage, den Kantonen ein starkes Instrument zur Kostendämmung zu geben. Im Antrag fehlt zudem eine Reihe wichtiger Elemente, die man klären und gesetzlich festhalten müsste: Regelungen des Kartellrechts, der Rekurswege, der Aufsicht, der Vertragsdauer usw.

Dazu kommt, dass die Vertragsfreiheit dem Versicherten die Möglichkeit der freien Arztwahl nehmen würde. Bürokratie auch für die zuweisenden Hausärztinnen und Hausärzte: Sie müssen jeweils eruieren, welche Kasse mit welcher Ärztin einen Vertrag hat, bevor sie ihre Patienten weiterweisen. Zu Recht wurde in der Kommission von bürgerlicher Seite die Frage aufgeworfen, wie denn verhindert werden könne, dass Versicherer mit der Vertragsfreiheit nicht einfach die billigsten Ärztinnen und Ärzte bevorzugen würden. Die Antwort der Befürworterseite lautete: Es wäre ja erst so etwas wie ein Experiment. Ein Experiment in ein Gesetz schreiben, ohne Absicherungen und Kriterien – nun, die SP hat gar nichts gegen Experimente, aber bitte geordnet, wie es der Expertenbericht vorsieht, mit einem separaten, befristeten und monitorisierten Experimentierartikel.

Diese Vorlage ist eine Gesetzesänderung, sie ist etwas Ernsthaftes und nicht einfach ein Experiment; sie ist zudem zu wichtig, als dass man sie mit der Vertragsfreiheit auf kantonaler Ebene gefährden sollte. Die SP-Fraktion bittet Sie daher, bei Artikel 55a den neueingefügten Absatz 1bis zu streichen, wie dies mit dem Antrag der Minderheit Ruiz Rebecca vorgeschlagen wird. Sie bittet Sie zudem, zur Kenntnis zu nehmen, dass dieser Absatz, die Vertragsfreiheit durch die Hintertüre, bei Vertretern der FMH wie des VSAO auf Ablehnung stösst, dies auch bei der Conférence latine des affaires sanitaires et sociales, also bei den Gesundheitsdirektorien der Kantone Bern, Freiburg, Genf, Jura, Neuenburg, Tessin, Wallis und Waadt.

Ich empfehle Ihnen also im Namen der SP-Fraktion: Stimmen Sie den Anträgen der Minderheit Ruiz Rebecca zu.

**Berset** Alain, président de la Confédération: La majorité de votre commission propose que les cantons aient le choix entre limiter eux-mêmes le nombre de médecins admis sur leur territoire ou instaurer un régime de liberté de contracter. Dans ce régime, chaque assureur peut choisir les médecins dont il rembourse les prestations. Comme vous le savez, sur le principe général, le Conseil fédéral ne s'oppose pas à une réflexion et à l'instauration d'un tel système.

Cela dit, la réglementation proposée dans ce projet de loi n'est pas assez précise, il y a beaucoup de questions qui doivent absolument être clarifiées. On pense par exemple aux voies de recours, aux conditions relatives au contrat, comme leur durée minimale ou leur durée de résiliation. On pense aux tarifs applicables, à la publication des listes de médecins sous contrat et à l'obligation pour les fournisseurs de prestations d'informer



leurs patients. On pense aux exceptions possibles qu'il faudrait pouvoir définir, notamment en cas d'urgence. On pense encore aux dispositions transitoires.

Je crois que si vous souhaitez aller dans ce sens – et cela a d'ailleurs été rappelé dans le débat –, il doit être possible de le faire dans le cadre de l'article expérimental de la LAMal sans fixer maintenant une disposition dans ce projet, au risque de rendre son adoption et sa mise en oeuvre vraiment difficiles, voire impossibles.

Le Conseil fédéral ne souhaite pas le faire dans ces conditions. Si vous suivez la majorité de votre commission sur ce point, ce qui est absolument prévisible, c'est que, dans deux ans, il faudra prolonger le provisoire. Si vous souhaitez prolonger le provisoire, c'est exactement ce qu'il faut faire: il faut suivre ici la majorité de votre commission. Mais nous, nous ne souhaitons pas prolonger ce provisoire. Nous en avons assez de ce provisoire, nous aimerions avoir une fois une solution qui soit durable, fixée, solide. Pour cela, il faut commencer par suivre la minorité de votre commission à l'alinéa 1bis.

A l'alinéa 2, la majorité de la commission propose que le Conseil fédéral détermine les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux. De notre point de vue, cette proposition crée de la confusion concernant notamment la répartition des rôles entre la Confédération et les cantons, parce que la garantie de l'approvisionnement est une compétence de nature cantonale. Donc il doit revenir aux cantons et non pas à la Confédération de créer de telles régions. Et d'ailleurs, je dois vous le dire, certains n'ont pas attendu.

C'est la raison pour laquelle je vous invite ici également à rejeter la proposition de la majorité de votre commission.

**Humbel** Ruth (C, AG), für die Kommission: Artikel 55a Absatz 1bis nimmt teilweise die Kommissionsinitiative 17.442, "Kantonale Steuerung der Zulassung und Stärkung der Vertragsautonomie", auf. Diese Kommissionsinitiative wurde von den SGK des Nationalrates und des Ständerates in der ersten Phase unterstützt. Sie will eine Lockerung des Vertragszwangs. Dieses Anliegen wird nun optional ins Gesetz aufgenommen: Die Kantone können vorsehen, dass die Ärzte und Krankenversicherer in der Wahl ihrer Vertragspartner frei sind. Zur Sicherstellung der Versorgung legt der Kanton mit einer Unter- und einer Obergrenze eine Bandbreite fest, innerhalb derer die Versicherer mit Ärzten einen Vertrag abschliessen müssen. Natürlich sind umgekehrt auch die Ärzte frei darin, mit welchen Versicherern sie Verträge abschliessen. Der Entscheid über eine Lockerung des Vertragszwangs in ihrem Gebiet obliegt ganz den Kantonen. Die Versicherer müssen sich an die Mindestzahl an Ärzten, welche zur Versorgungssicherheit nötig ist, halten. Sie müssen also mit dieser Mindestzahl an Ärzten Verträge abschliessen. Die Kommission hat mit 15 zu 8 Stimmen entschieden.

Bei Artikel 55a Absatz 2 bestimmt der Bundesrat gemäss der Fassung der Kommissionsmehrheit die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen. Dabei berücksichtigt er insbesondere die interkantonalen Patientenströme bzw. die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades von Ärztinnen und Ärzten.

Die Kommissionsminderheit hingegen will den Kantonen zusätzlich die Möglichkeit geben, selber noch Kriterien für die Zulassung festzulegen. Die Kommissionsmehrheit will gerade das nicht, weil sie eine schweizweit einheitliche Umsetzung will, um Transparenz zu schaffen und um kantonale Willkür zu verhindern – vor allem aber, damit kantonale Grenzen gesprengt werden und über kantonale Grenzen hinaus geplant und in Versorgungsregionen gedacht wird. Die Kommission hat mit 16 zu 7 Stimmen entschieden.

Mit Artikel 55a Absatz 7 will die Kommissionsmehrheit den Versicherern und deren Verbänden ein Beschwerderecht gegen kantonale Entscheide geben, dies vor allem aus zwei Gründen: Zum einen braucht es eine Symmetrie zum Beschwerderecht der Leistungserbringer, und zum andern schlägt der Bundesrat mit dem ersten Paket der Kostendämpfungsmassnahmen ein Beschwerderecht für Krankenversicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spital- und Pflegeheimplanung vor. Es geht nämlich nicht an, dass die Krankenversicherer bzw. wir Prämienzahlenden Überkapazitäten finanzieren müssen, weil gewisse Kantone mit der Gesundheitspolitik Wirtschaftsförderung betreiben. Die Krankenversicherer werden künftig – wenn die

AB 2018 N 2167 / BO 2018 N 2167

Efas-Vorlage kommt – rund 75 Prozent aller Leistungen zu finanzieren haben, weshalb sie auch stärker in die Mitverantwortung für die Versorgungsstrukturen eingebunden werden müssen. Die Kommission hat mit 16 zu 7 Stimmen entschieden.

Ich bitte Sie, bei allen drei Differenzen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Clottu** Raymond (V, NE), pour la commission: Afin de pouvoir piloter au mieux l'offre, les cantons doivent être tenus de définir des fourchettes, à savoir un nombre maximal et un nombre minimal de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, selon l'article 55a alinéa 1. Selon l'alinéa 1bis,



"en dérogation à cette disposition, un canton peut prévoir que les médecins visés à l'alinéa 1 lettre a, les fournisseurs de prestations qui emploient les médecins visés à l'alinéa 1 lettre b et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires contractuels. Afin de garantir la couverture en soins, le canton définit, au moyen d'une limite inférieure et d'une limite supérieure, la fourchette applicable au nombre de médecins. Chaque assureur doit conclure des contrats avec des fournisseurs de prestations dans cette fourchette." Par 15 voix contre 8, notre commission vous propose de suivre la majorité à l'alinéa 1bis. Une minorité Ruiz Rebecca vous propose de biffer cet alinéa.

A l'article 55a alinéa 2, pour la majorité de la commission – la décision a été prise par 14 voix contre 7 et 2 abstentions –, le Conseil fédéral doit définir "les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux. Il tient compte en particulier des flux de patients entre les cantons et des régions responsables de la fourniture des soins ainsi que de l'évolution générale du taux d'activité des médecins." Une minorité Ruiz Rebecca propose que le canton puisse "définir d'autres critères pour l'admission".

Enfin, pour ce qui concerne l'article 55a alinéa 7, la commission, qui s'est prononcée par 16 voix contre 7, s'est montrée favorable à cette disposition qui prévoit un droit de recours des assureurs contre les décisions cantonales relatives à la fixation et au calcul des nombres maximaux de médecins. La minorité Carobbio Guscetti demande de biffer cet alinéa.

*Abs. 1bis – Al. 1bis*

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 18.047/18079)

Für den Antrag der Mehrheit ... 126 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 57 Stimmen

(1 Enthaltung)

*Abs. 2 – Al. 2*

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 18.047/18080)

Für den Antrag der Mehrheit ... 127 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 56 Stimmen

(2 Enthaltungen)

*Abs. 7 – Al. 7*

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 18.047/18081)

Für den Antrag der Mehrheit ... 120 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 59 Stimmen

(5 Enthaltungen)

*Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

**Art. 57 Abs. 1; Ziff. II**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 57 al. 1; ch. II**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*





### **Ziff. III**

#### *Antrag der Mehrheit*

##### *Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

##### *Abs. 2*

Dieses Gesetz tritt nur zusammen mit der Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung vom ... (Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich) in Kraft.

##### *Abs. 3*

Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

#### *Antrag der Minderheit*

(Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)

##### *Abs. 2, 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

### **Ch. III**

#### *Proposition de la majorité*

##### *Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

##### *Al. 2*

Elle n'entre en vigueur qu'avec la modification du ... de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation).

##### *Al. 3*

Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

#### *Proposition de la minorité*

(Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)

##### *Al. 2, 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**La presidente** (Carobbio Guscetti Marina, presidente): La proposta della minoranza è presentata dalla signora Gysi.

**Gysi** Barbara (S, SG): Ich vertrete die Minderheit Carobbio Guscetti, die diese Verknüpfung streichen will. Wir wollen nicht, dass diese Vorlage zur Zulassungssteuerung automatisch mit Efas verknüpft wird, dass sie also nur in Kraft tritt, wenn Efas ebenfalls in Kraft tritt, und zwar wollen wir das aus folgenden Gründen nicht:

Die Steuerung der Zulassung neuer Leistungserbringer ist ein wichtiges Kostendämpfungsinstrument. In den Jahren ohne Zulassungssteuerung durch die Kantone ist die Anzahl ambulanter Leistungserbringer sprunghaft angestiegen, wie die Zahlen eindrücklich zeigen. Das wurde in der Kommission von verschiedener Seite und auch in der Eintretensdebatte unter anderem vom Herrn Bundespräsidenten aufgezeigt, der ausgeführt hat, dass die Zahlen wirklich massiv angestiegen sind. Im Kanton Genf etwa hat die Anzahl Praxen innerhalb von drei Jahren um 20 Prozent zugenommen. Gerade in den Zentren haben wir sowieso eine sehr hohe Anzahl von Spezialistinnen und Spezialisten und von ambulanten Praxen.

Wir alle wissen: Zu viele Praxen sind kostentreibend. Zusätzliche ambulante Leistungserbringende führen also zu zusätzlichen Kosten. Wer bezahlt diese Kosten? Es sind die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler, es sind die Patientinnen und Patienten. Darum braucht es dieses wirkungsvolle Instrument, um die Kosten im Griff zu behalten. Es ist absolut fragwürdig, wenn man nun diese Verknüpfung einbauen will und damit die Zulassungssteuerung zum Spielball macht.

Die Mehrheit der Kommission will, dass diese Zulassungssteuerung nur in Kraft tritt, wenn Efas kommt. Wir sehen das nicht so. Wir wollen in jedem Fall eine Zulassungssteuerung als Kostendämpfungsinstrument, weil die Vergangenheit eben gezeigt hat, wie wichtig das effektiv ist. Es braucht auch keine Koordination mit der Efas-Vorlage, wie dies gesagt wurde. Das ist absolut unnötig, denn die Zulassungssteuerung kann und muss als definitives Instrument eigenständig in Kraft gesetzt werden. Das wurde in den



## AB 2018 N 2168 / BO 2018 N 2168

Eintretensvoten von verschiedener Seite gesagt und auch vom Bundesrat betont.

Wenn man jetzt diesen Artikel so einbaut und sagt, dass die Zulassungssteuerung nur dann in Kraft tritt, wenn Efas kommt, dann ist das im Widerspruch zur Aussage, dass man die Zulassungssteuerung dauerhaft einführen will. Eine Verknüpfung kann eben gerade dazu führen, dass man sie nicht einführt. Das ist absolut widersinnig.

Es ist aber auch – das muss man sagen – das Resultat eines intensiven Lobbyings durch die Krankenversicherer. Auch das wurde schon verschiedentlich ausgeführt. Bei dieser Vorlage haben die Krankenversicherer verschiedene Punkte eingebracht, und auch diese Verknüpfung stammt aus der Feder der Krankenversicherer. Sie sind in der Kommission ja auch zahlreich vertreten – CSS, Visana, Groupe Mutuel, KPT, auch die Berichterstatterin und der Berichterstatter selber sitzen in Verwaltungsräten oder Beiräten von Versicherern. Es zeigt einfach, wie stark das Lobbying direkt in der Kommission ist, bis hin zur Berichterstatterin, zum Berichterstatter. Das heisst, die Vorlage ist schlussendlich so herausgekommen, wie es die Versicherer wollen, nämlich so, dass sämtliche Macht an die Versicherer geht und den Kantonen nicht die nötigen Steuerungsinstrumente in die Hand gegeben werden.

Wir wollen die Steuerungsinstrumente bei den Kantonen. Denn, das ist auch wichtig, die Grundversorgung und die Sicherstellung einer genügenden Anzahl von Leistungserbringern ist Sache des Service public und darum eben auch Sache der Kantone. Wir wollen darum die Vorlage ohne diese Verknüpfung und haben diese Minderheit so eingereicht. Ich bitte Sie sehr, sich für ein Gesundheitswesen zu engagieren, das von der öffentlichen Hand und nicht von den Versicherungen gesteuert wird. Ich glaube nicht, dass die Steuerung durch Versicherungen eine gute Sache ist.

Ich bitte Sie darum, die Minderheit zu unterstützen.

**Roduit Benjamin (C, VS):** Au chiffre III, il est question d'un couplage entre l'entrée en vigueur des présentes modifications de la LAMal sur l'admission des fournisseurs de prestations et le financement uniforme des prestations du secteur ambulatoire et du secteur stationnaire, le projet EFAS. Le groupe PDC soutiendra cette proposition de la majorité de la commission pour les raisons suivantes.

Avec la présente modification, que nous venons de voter, le projet donne aux cantons de nouvelles possibilités de pilotage dans le domaine des soins ambulatoires. Il est tout à fait logique de lier de manière contraignante ce projet au mode de financement moniste des prestations de soins dont le PDC attend beaucoup. Je vous rappelle que c'est l'initiative parlementaire de notre collègue Ruth Humbel qui en est à l'origine.

Pour mémoire, lors de la mise en consultation de son avant-projet, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil avait mentionné dans son rapport explicatif du 19 avril 2018 le lien étroit entre les deux objets. De plus, c'est dans la volonté d'étudier, avec le soin nécessaire et de manière exhaustive, les deux projets en parallèle que nos deux chambres ont accepté, au début de notre session d'hiver, les 26 et 27 novembre derniers, quasiment à l'unanimité – par 160 voix contre 1 dans notre conseil et par 36 voix contre 0 au Conseil des Etats –, le projet issu de l'initiative parlementaire CSSS-CN 18.440 visant à prolonger de deux ans la durée de validité de la limitation de l'admission à pratiquer selon la teneur actuelle de l'article 55a LAMal.

Ce couplage revêt une grande importance dans la mesure où, lors de la mise en consultation de l'avant-projet EFAS, la plupart des partenaires ont salué le projet comme ayant été élaboré avec pragmatisme. Tous sont prêts à discuter de manière constructive pour trouver ensemble des solutions tenant compte des demandes des cantons. Les modèles de répartition des contributions cantonales entre assureurs-maladie proposés par la commission de notre conseil correspondent au souhait des partenaires EFAS de supprimer les mauvaises incitations financières du système actuel.

Dans ce sens, la demande des cantons de bénéficier de davantage de moyens de gestion dans le domaine ambulatoire est compréhensible. Or, dans le système actuel, la responsabilité des résultats et du financement ne concordent pas. Les restrictions d'admission dans le domaine ambulatoire telles qu'elles seraient permises par la présente modification – véritable moyen de pilotage destiné aux cantons – signifient toutefois clairement que ceux-ci assument aussi une coresponsabilité financière dans le domaine ambulatoire. En fait, la règle est fort simple: pas de codécision sans cofinancement.

Le Conseil fédéral lui-même considère que cette nouvelle réglementation est une étape importante vers le développement rapide d'un nouveau modèle de financement uniforme et de tarification des prestations stationnaires et ambulatoires. Selon les estimations faites par notre parti dans le cadre du lancement de son initiative sur le frein aux coûts de la santé, c'est un potentiel d'économies annuelles de 1 milliard de francs qui



est en jeu. Attendre relève d'une sage prudence et le jeu en vaut la chandelle.

En conclusion, le groupe PDC soutiendra au chiffre III des dispositions transitoires la proposition de la majorité de fixer l'entrée en vigueur de la modification conjointement à celle d'EFAS.

**Brand Heinz** (V, GR): Nach Auffassung der SVP-Fraktion soll, wer A sagt, auch B sagen müssen. Die Kantone drängen auf ihre Lösung bei der Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich. Als demokratisch legitimierte Regulatoren wollen sie im Grundsatz allein für die Zulassung neuer Leistungserbringer zuständig sein. Bei den bisherigen Zulassungsstopps war dies de facto auch so. Objektiv zu Recht kritisiert wurde aber, dass damit die zulassungspolitischen Kompetenzen und finanzpolitischen Folgen keinerlei Zusammenhang aufweisen. Unter anderem dürfte die bisher gänzlich fehlende Übereinstimmung von Kompetenzen und finanzieller Verantwortung im ambulanten Bereich auch ein Grund dafür sein, weshalb die Kantone bisher nicht dezidiert gegen die ambulante Überversorgung vorgegangen sind, die auch die explosionsartig gewachsenen Spitalambulatorien umfasst, die seit Jahren grössten Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen. Eine Annahme der Vorlage zur Zulassungssteuerung ohne Konnex mit Efas könnte nach Auffassung der SVP einem unerwünschten Rosinenpicken Vorschub leisten.

Im Hinblick auf die notwendige Elimination der anerkannten Fehlanreize bei der Finanzierung unseres Gesundheitswesens bitte ich Sie daher namens der SVP-Fraktion, auch hier der Mehrheit zu folgen.

**Schenker Silvia** (S, BS): Im Moment ist es Mode, Vorlagen miteinander zu verknüpfen. Beispiele dafür gab es in der Vergangenheit einige. Bei einem solchen Vorgehen besteht das grosse Risiko, dass sich die Widerstände gegen das eine oder das andere Element in der einen oder der anderen Vorlage kumulieren und so alles abgelehnt wird.

Wer sich in der Gesundheitspolitik engagiert, merkt sehr rasch, dass in dieser sehr viele, teilweise sehr unterschiedliche Interessen vorhanden sind. Dies hat zur Folge, dass entsprechend viele Interessenvertreterinnen und -vertreter aktiv sind. Deshalb ist es gerade in diesem Politikfeld extrem schwierig, einen Schritt vorwärtszukommen. Mag es in einem anderen Themenbereich gut oder vertretbar sein, beim Status quo zu bleiben, bedeutet dies in der Gesundheitspolitik in der Tendenz, dass sich die Kostenspirale immer weiter dreht, und zwar immer in die gleiche Richtung – nach oben.

Die Mehrheit der Kommission will mit dieser Bestimmung zwei in sich schon anspruchsvolle Vorlagen miteinander verknüpfen. Der Diskussion, die bis anhin stattgefunden hat, konnten Sie, sofern Sie zugehört haben, entnehmen, dass in diese Vorlage jetzt schon einige sehr umstrittene Bestimmungen eingeflossen sind. Ähnliches gilt für die Vorlage, mit der diese hier verknüpft werden soll, für die Vorlage zu Efas. Auch diese bringt einiges an Zündstoff mit sich. Nicht nur wir von der SP sehen sie äusserst kritisch, sondern auch, bis anhin wenigstens, die Gesundheitsdirektorenkonferenz. Zwar wird dem Vernehmen nach versucht, einen Weg zu finden, auf dem die Gesundheitsdirektorenkonferenz der Efas-Vorlage zustimmen könnte, ob aber eine solche Lösung gefunden werden wird, ist unklar.

#### AB 2018 N 2169 / BO 2018 N 2169

Sie wollen also mit dieser Bestimmung hier zwei hochkomplexe und umstrittene Vorlagen verknüpfen und sie damit schicksalhaft aneinanderbinden. Dieser Weg ist mit einem grossen Risiko verbunden, mit dem Risiko, dass am Schluss beide Vorlagen abstürzen und wir einmal mehr keinen Schritt weiter kommen.

Ich bitte Sie also namens der SP-Fraktion, den Antrag der Minderheit Carobbio Guscetti zu unterstützen.

Unsere abschliessende Beurteilung der Vorlage: Die SP-Fraktion unterstützt – das wissen Sie, und das haben Sie auch heute mehrmals gehört – ganz klar eine Zulassungssteuerung durch die Kantone. Sie haben nun aber etwas in diese Vorlage eingebaut, was für uns als SP nicht akzeptabel ist: Sie haben den Kontrahierungszwang gelockert. Es ist zu vermuten, dass das nicht nur für die SP nicht akzeptabel ist, sondern dass das auch in der Bevölkerung keine Mehrheit finden wird. Wir haben uns immer dagegen gewehrt, dass Versicherungen die Kompetenz erhalten, selber zu entscheiden, mit welchen Leistungserbringern sie einen Vertrag abschliessen und mit welchen nicht.

Wenn Sie nun auch noch dieser Verknüpfung der beiden Vorlagen zustimmen, kann die grosse Mehrheit der SP-Fraktion dieser Vorlage nicht mehr zustimmen: Sie haben aus einer guten Vorlage des Bundesrates eine gemacht, die für uns inakzeptabel ist.

**Berset Alain**, président de la Confédération: Cette dernière discussion ne concerne pas vraiment autant qu'il n'y paraît une question de contenu, mais plutôt une question de nature un peu formelle. Il est relativement clair que, d'une part, la question du pilotage des admissions dans le domaine ambulatoire et, d'autre part, celle du financement du système de santé, y compris dans le domaine ambulatoire, sont d'une grande importance.



Nous connaissons les projets qui sont en cours d'examen dans la commission de votre conseil à propos du financement unifié des prestations. Nous sommes d'avis que ce n'est pas une très bonne chose de lier cette question avec l'objet qui nous occupe ici, parce que nous devons convaincre les cantons que le financement unifié est un projet favorable sur lequel il faut pouvoir discuter, et que nous pouvons nous mettre d'accord sur la manière de le réaliser.

Je ne crois pas que la voie choisie par votre commission permette aussi facilement que cela de convaincre les cantons. Je crains plutôt, aussi après avoir parlé avec eux des deux sujets, un risque de blocage sur le plan institutionnel entre cantons et Confédération dans ce domaine. Il me semblerait préférable de suivre la voie du Conseil fédéral dans ce domaine, à savoir celle consistant à faire avancer ce projet pour ce qu'il est, tout en le faisant valoir, sur le plan politique, auprès des cantons pour discuter de l'autre sujet.

Par ailleurs, je remarque quand même que, depuis 2003, il existe de manière quasiment constante un pilotage des admissions dans le domaine ambulatoire sans que jusqu'ici cela n'ait jamais été formellement, matériellement lié à la question du financement des prestations ambulatoires. Cela n'enlève rien à la pertinence et à l'importance de cette deuxième question, mais il paraît au Conseil fédéral que ce n'est pas une bonne idée de bloquer les choses ainsi.

J'aimerais donc vous inviter à soutenir le projet du Conseil fédéral, qui est également la version de la minorité de la commission.

**Humbel** Ruth (C, AG), für die Kommission: Die Mehrheit der Kommission will diese Vorlage, die den Kantonen neue Steuerungsmöglichkeiten gibt, rechtlich zwingend mit Efas verknüpfen. Entweder werden beide Vorlagen in Kraft treten oder keine.

Mit der Efas-Vorlage, zu der das Vernehmlassungsverfahren abgeschlossen worden ist, bezahlen die Kantone einen Prozentsatz der Leistungen; auf der Basis aktueller Daten wären es rund 25 Prozent aller Leistungen. Wenn die Kantone im ambulanten Bereich mitfinanzieren, sollen sie dort auch zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten bekommen. Das ist der innere Zusammenhang der beiden Vorlagen.

Neben der Schaffung von neuen Steuerungsmöglichkeiten werden mit dieser Vorlage auch die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit erhöht. Ich habe im Eintretensreferat bereits darauf hingewiesen, dass diese Vorlage in engem Zusammenhang zur KVG-Revision "Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit" steht. Diese wird derzeit in der ständerätlichen SGK beraten. Sie will Verbindlichkeit und Transparenz bei der Qualität schaffen, nicht nur bei den Strukturen, sondern auch bei Indikationen und Ergebnissen. Diese beiden Vorlagen müssen noch koordiniert werden, damit Doppelspurigkeiten vermieden, Inkonsistenzen verhindert und Kompetenzen klar geregelt sind.

Wenn – wie in der Kommission – der Vorwurf erhoben wird, dass mit der Verknüpfung dieser Vorlage mit Efas auch die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen gefährdet würde, dann stimmt das so nicht. Die Kantone ihrerseits machen ihre Unterstützung von Efas davon abhängig, dass sie im ambulanten Bereich mehr Steuerungsmöglichkeiten erhalten. Diese Forderung erfüllen wir mit dieser Vorlage.

Ich möchte noch darauf hinweisen, dass die parlamentarische Initiative 18.440, "Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG", in der ersten Sessionswoche von beiden Räten angenommen worden ist und am Freitag in die Schlussabstimmung kommt. Der derzeit geltende Artikel 55a KVG wird daher um zwei Jahre bis zum 30. Juni 2021 verlängert. Meines Erachtens muss daher Absatz 2 Buchstabe a der Fassung von Bundesrat und Kommissionsminderheit gestrichen werden.

Die Kommission beantragt die Verknüpfung dieser Vorlage mit Efas mit 16 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung, und ich bitte Sie, dieser Kommissionsmehrheit zu folgen. Abschliessend möchte ich nochmals das Resultat der Gesamtabstimmung in der Kommission in Erinnerung rufen: Die Kommission hat dieser Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 16 zu 4 Stimmen bei 3 Enthaltungen zugestimmt.

**Clottu** Raymond (V, NE), pour la commission: Je crois qu'il y a urgence à agir et, afin d'avoir une meilleure maîtrise des coûts de la santé, la majorité de notre commission – sa décision a été prise par 16 voix contre 7 – entend lier de manière contraignante le projet qui donne aux cantons de nouvelles possibilités de pilotage à un modèle de financement uniforme des prestations du secteur ambulatoire et du secteur stationnaire. Sans responsabilité financière conjointe, les cantons ne devraient pas obtenir d'autres mesures de gestion des admissions. L'introduction concomitante du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires avec ce projet est dès lors un impératif et revêt une grande importance.

Une minorité Carobbio Guscetti, défendue par Madame Gysi, propose d'en rester au projet du Conseil fédéral. Enfin, pour terminer – je ne veux pas être plus long –, lors du vote sur l'ensemble, notre commission a approuvé le projet par 16 voix contre 4 et 3 abstentions.



## AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • 5015 • Elfte Sitzung • 12.12.18 • 15h00 • 18.047  
Conseil national • 5015 • Onzième séance • 12.12.18 • 15h00 • 18.047



### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 18.047/18082)

Für den Antrag der Mehrheit ... 123 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 53 Stimmen

(4 Enthaltungen)

### *Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

(namentlich – nominatif; 18.047/18083)

Für Annahme des Entwurfes ... 128 Stimmen

Dagegen ... 40 Stimmen

(13 Enthaltungen)

*Schluss der Sitzung um 18.45 Uhr*

*La séance est levée à 18 h 45*

AB 2018 N 2170 / BO 2018 N 2170