



04.032

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Vertragsfreiheit****Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Liberté de contracter***Erstrat – Premier Conseil*

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.12.07 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 05.03.08 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 19.03.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 27.05.08 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 04.06.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 05.06.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 10.06.08 (DRINGLICHKEITSKLAUSEL - CLAUSE D'URGENCE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 11.06.08 (DRINGLICHKEITSKLAUSEL - CLAUSE D'URGENCE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.06.08 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.06.08 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.12.08 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.10 (FORTSETZUNG - SUITE)

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Das Parlament verabschiedete am 24. März 2000 im Rahmen der ersten Teilrevision des KVG den Artikel 55a. Mit dieser Bestimmung wurde der Bundesrat ermächtigt, die Zulassung bestimmter Leistungserbringer zur Tätigkeit im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einem Bedarfsnachweis zu unterstellen. Die Dauer der auf drei Jahre befristeten Regelung wurde 2004 durch die Räte verlängert. Die entsprechende verlängerte Frist der Verordnungsbestimmung läuft am 3. Juli 2008 ab. Der Bundesrat hat den Räten vor geraumer Zeit eine Botschaft betreffend Vertragsfreiheit vorgelegt. Aufgrund des politischen Widerstandes, der dem bundesrätlichen Vorschlag für die Vertragsfreiheit insbesondere aus der Ärzteschaft, aber auch aus grossen Teilen der Bevölkerung entgegenschlägt, ist die Vertragsfreiheit als Nachfolgeregelung in den Augen der SGK zurzeit nicht mehrheitsfähig.

In der SGK wurden denn auch verschiedentlich mögliche Alternativvarianten diskutiert. Die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystems könnte in den Augen der SGK mit zwei unterschiedlichen Lösungen erreicht werden. Zum einen mit einer Lösung, die selektiv nur noch gewisse Leistungserbringergruppen beinhalten würde, oder zum andern, indem der Kontrahierungszwang nur noch für jene ärztlichen Leistungserbringer gelten würde, die in einem Managed-Care-Modell tätig sind. Die konkrete Umsetzung beider Alternativen führt zu gewissen Schwierigkeiten, da verschiedene definitorische Aspekte noch zu klären sind.

Die Kommission hat in der letzten Sitzung der Verwaltung den Auftrag gegeben, sich vertieft mit beiden Varianten, insbesondere aber mit der Lösung der Vertragsfreiheit im Managed-Care-Modell auseinanderzusetzen und ihr bis Anfang nächsten Jahres Vorschläge zu unterbreiten; dies mit dem klaren Willen, dem Parlament bald möglichst eine konsensfähige Lösung vorzuschlagen. Ein Verzicht auf die Weiterführung der Zulassungsbeschränkung im jetzigen Zeitpunkt, ohne gleichzeitig eine Anschlussregelung zu treffen, birgt das Risiko einer unkontrollierten Mengenausweitung. Die Konflikte zwischen den Tarifpartnern wären vorprogrammiert.

Die Folge davon wäre zweifellos eine Zunahme bei der Festsetzung der Taxpunktwerte in den Kantonen, mit den entsprechenden Beschwerdemöglichkeiten beim Bundesverwaltungsgericht. Dies würde sowohl die





Rechtssicherheit bei der Tarifierung als auch das Ziel der Kostendämmung stark beeinträchtigen. In Anbetracht all dieser Erwägungen ist die Rückkehr zur unbeschränkten Zulassung für die Kommission keine gangbare Option. Da der Zulassungsstopp, wie ich Ihnen bereits erläutert habe, im Juli 2008 ausläuft und bis zu diesem Zeitpunkt noch keine gültige Nachfolgeregelung in Kraft sein wird, hat sich die SGK entschieden, den Räten eine Verlängerung der Zulassungsbeschränkung zu beantragen. Wir tun dies, obwohl der Zulassungsstopp auch bei vielen Mitgliedern der

AB 2007 S 1031 / BO 2007 E 1031

SGK ein ungeliebtes Kind ist und die Massnahme je nach Standpunkt den Zweck kaum, wenig oder gar nicht erfüllt.

In Anbetracht dieser Kritik am Zulassungsstopp wurde in der Kommission auch eine Lockerung der Zulassungsbeschränkung erwogen. Wir haben unter anderem diskutiert, ob es möglich wäre, dass eine Praxis ausdrücklich von mehreren Ärzten übernommen werden könnte oder dass sich die Zulassungsbeschränkung grundsätzlich nur auf Spezialärzte, nicht aber auf Grundversorger beziehen würde. Wir haben auch diskutiert, ob sich die Beschränkung auf die Gesamtzahl der Ärzte in einem Kanton, nicht aber auf jede Spezialisierung beziehen sollte. Auch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat sich in einem Brief an die SGK gewandt. Gemäss GDK hat eine interne Umfrage bei den Mitgliedern ergeben, dass sich eine Mehrheit der Gesundheitsdirektoren eher gegen eine Weiterführung der Zulassungsbeschränkung in ihrer jetzigen Ausgestaltung ausgesprochen hat. Die Kantone sind der Meinung, dass wir einen Massnahmenmix vorsehen sollten. Die GDK hat uns in ihrem Brief einen Mix von insgesamt neun Massnahmen für eine Nachfolgeregelung vorgeschlagen, die wir ins Auge fassen sollen, und zwar im Sinne einer bedingten, direkten Angebotssteuerung. Auch diese Vorschläge haben wir diskutiert. Wir vertreten die Meinung, dass es kaum möglich ist, innert nützlicher Frist, d. h. bis im Juli 2008 – das ist ja die ganze Problematik –, eine vernünftige Lösung zu finden.

Deshalb gilt es, den Zulassungsstopp zu verlängern. Wenn man die ganze Problematik näher studiert, kommt man zudem zur Auffassung, dass der Zulassungsstopp gar nicht so übel ist. Die Kantone, die ja gemäss der Verordnung für die Umsetzung zuständig sind – haben die Möglichkeit, die Anwendung sehr differenziert auszugestalten. Sie können beispielsweise einen Zulassungsstopp nur für bestimmte Kategorien von Leistungserbringern oder für gewisse Regionen erlassen, und das bereits mit der jetzigen Verordnung. Gemäss den Angaben der im Jahr 2003 durchgeführten Wirkungsanalyse haben die meisten Kantone die Zulassungsbeschränkung nur für ärztliche Leistungserbringer eingeführt. Lediglich die Kantone Luzern, Uri, Schwyz, Obwalden, Zug und Nidwalden wenden die Bundesratsverordnung vollumfänglich an, indem sie sich auf sämtliche ambulante Leistungserbringer nach den Artikeln 36 bis 38 KVG beziehen.

Noch etwas: Obwohl in der bundesrätlichen Verordnung Höchstzahlen für die jeweiligen Kategorien von Leistungserbringern festgelegt sind, steht es den Kantonen frei, diese Höchstzahlen aufgrund von Artikel 3 der Verordnung zu überschreiten und Ausnahmezulassungen zu gewähren, wenn für die entsprechende Kategorie eine Unterversorgung besteht. Es ist vorgesehen, dass in begründeten Einzelfällen Leistungserbringer durch die Kantone zugelassen werden können. Als begründete Einzelfälle gelten grundsätzlich Praxisübernahmen, wenn dabei die bestehende Fachrichtung der Praxis weitergeführt wird und der bisherige Inhaber ausdrücklich auf seine Zulassung verzichtet.

Alles in allem sind wir der Meinung, dass es die Kantone – bei genauerem Hinsehen – in der Hand haben, den Spielraum zu nutzen. Sie tun dies aber nicht; die Problematik liegt eher darin als beim Zulassungsstopp.

Wir schlagen Ihnen vor, den Zulassungsstopp in Form eines dringlichen Bundesgesetzes zu verlängern. Denn nur so besteht Gewähr, dass keine Regelungslücke entsteht. So wäre ein rechtzeitiges Inkrafttreten selbst dann noch möglich, wenn die Vorlage von den Räten erst in der Sommersession verabschiedet werden sollte. In diesem Sinne bitte ich Sie im Namen der grossmehrheitlichen Kommission – wir haben mit 7 zu 2 Stimmen Eintreten beschlossen –, auf die Vorlage einzutreten.

Ory Gisèle (S, NE): La discussion concernant la liberté de contracter se heurte à de nombreux obstacles difficiles à dépasser, c'est pourquoi la question de la prorogation du gel des admissions se pose à nous aujourd'hui.

L'expérience montre que l'ouverture d'un cabinet médical fait augmenter de près d'un million de francs les coûts à la charge de l'assurance-maladie. Si l'on veut contrôler ces coûts, il faut donc aussi trouver un outil qui nous permette de limiter l'ouverture de nouveaux cabinets. Dans la mesure où nous sommes pour le moment sous un régime d'obligation de contracter, l'article 55a est un instrument utile. Il est difficile de dire aujourd'hui combien cette mesure a permis d'économiser à l'assurance-maladie, mais c'est un moyen auquel il est difficile



de renoncer sans risque en l'absence d'alternatives.

Ce principe avait été introduit en 2002 pour éviter l'installation de trop nombreux médecins et en particulier de médecins en provenance de l'Union européenne, suite à l'introduction de la libre circulation des personnes. Il a partiellement atteint ses objectifs: le nombre de médecins qui se sont installés a augmenté dans les premiers mois parce que de nombreux jeunes médecins ont demandé à pouvoir ouvrir un cabinet juste avant l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, puis le nombre s'est peu à peu stabilisé. Cependant, le principe des admissions selon le besoin a aussi quelques défauts: il ne permet que difficilement les nouveaux modèles très prisés par les jeunes médecins tels que les cabinets de groupe ou le travail à temps partiel; il arrive aussi qu'un médecin âgé garde son autorisation de pratiquer et ne soigne plus que quelques patients, empêchant en même temps un autre médecin de s'installer dans la même région; enfin, le gel des admissions peut éventuellement retarder l'installation de jeunes médecins et les décourager, surtout dans les régions où le nombre de cabinets est déjà élevé.

Je dirai cependant qu'en ce moment, notre problème est plutôt la pénurie de jeunes médecins suisses finissant leurs études, plutôt que la difficulté d'ouvrir un cabinet. 24 pour cent des cabinets médicaux sont en effet remis à des médecins en provenance de l'Union européenne; le nombre de médecins suisses susceptibles de travailler en hôpital puis de s'installer est actuellement insuffisant pour couvrir les besoins. Bien que la chose ait été évoquée, la cause n'en est certainement pas le gel des admissions. Cette question devrait faire l'objet d'une réflexion en soi. Le problème de la pénurie de médecins doit être mis en relation avec une politique universitaire restrictive, peut-être même trop restrictive. Nous devons aussi nous poser la question de la formation de nos jeunes médecins.

Je voudrais souligner tout de même que les cantons ont une certaine marge de manoeuvre, qui leur permet de conduire une politique sanitaire efficace avec cette clause à l'article 55a. Pour que le système fonctionne, il faut évidemment que les cantons aient une planification des besoins en médecins, qu'ils accordent les autorisations en fonction de leur planification et, bien sûr, qu'ils profitent aussi pleinement de leur marge de manoeuvre.

Je vous propose donc d'accepter la prorogation de la loi.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Nur ganz kurz: Ich werde dieser Verlängerung nicht zustimmen, obwohl es gute Gründe dafür gibt. Ich habe damals als Sprecher der Vorlage im Nationalrat klar gesagt, dass dies die letzte Verlängerung sei – das habe ich im Jahre 2004 gesagt. Das war ein klares Versprechen. Ich denke auch, dass sich bei den jungen Ärztinnen und Ärzten, mit denen ich beruflich viel zu tun habe, zunehmend zeigt, dass dieser Zulassungsstopp entmutigt, dass also der Zulassungsstopp für den eigenen Nachwuchs entmutigend wirkt. Er hat auch kontraproduktive Effekte, indem zum Beispiel bestehende Praxen vor allem von ausländischen Kolleginnen und Kollegen übernommen werden, teilweise auch aus finanziellen Gründen.

Ich will hier nicht eine längere Debatte führen. Ich bin aber überzeugt, dass dieses planwirtschaftliche Instrument nicht hilfreich ist. Wir haben bei der zweiten Verlängerung ein klares Versprechen abgegeben, nämlich, dass sie die letzte sei. Deshalb bitte ich Sie um Verständnis dafür, dass ich hier dieser Verlängerung nicht mehr zustimmen will. Wir brauchen andere Regulierungsinstrumente, nicht Instrumente, die ganz besonders junge Kolleginnen und Kollegen treffen.

AB 2007 S 1032 / BO 2007 E 1032

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich verstehe Ihren Einwand, Herr Gutzwiller. Es war uns ja bei dieser ganzen Frage auch nicht gerade wohl, wir müssen aber Folgendes beachten: Es liegt am Parlament, dass noch keine Nachfolgeregelung vorliegt. Deswegen müssen wir heute entscheiden, ob wir in der Lage sind, bis im Juli 2008 eine Nachfolgeregelung, die allen Bedürfnissen gerecht wird, vorzuschlagen, oder ob wir den Zulassungsstopp einfach aufheben, um nachher die Probleme zu beklagen, die ich Ihnen bereits geschildert habe. Das ist die Begründung, weshalb wir Ihnen letztlich vorschlagen, den Zulassungsstopp zu verlängern. Dies mit dem Willen – das möchte ich zuhänden des Amtlichen Bulletins sagen –, dass wir raschmöglichst eine Lösung finden. Die Frage lautet also: Welche Folgeregelung treffen wir, die in der Bevölkerung, aber auch bei den Leistungserbringern eine Mehrheit findet? Wir haben den Bundesrat bereits beauftragt, sich in einer gewisse Richtung Gedanken zu machen. Es kann ja sein – was ich hoffe, Kollege Gutzwiller –, dass wir dann relativ schnell eine Regelung finden, die in beiden Räten und möglicherweise auch vor dem Volk Gnade findet, und dass dann der Zulassungsstopp nur noch beschränkte Zeit gültig sein wird.

Deshalb bitte ich Sie, im Wissen darum, dass dies nicht das Gelbe vom Ei ist, diesem Bundesgesetz zuzustimmen.



Fetz Anita (S, BS): Ich muss mich beim Eintreten einbringen, weil die Diskussion jetzt läuft, obwohl ich meinen Minderheitsantrag eigentlich erst nachher begründen kann. Aber um zu wissen, wie Sie abstimmen können, sollten Sie die Begründung meines Minderheitsantrages jetzt kennen.

Ich werde der einfachen Verlängerung des Zulassungsstopps auch nicht zustimmen können; da bin ich der gleichen Meinung wie Kollege Gutzwiller. Deshalb habe ich in der Kommission den Antrag gestellt, der jetzt mein Minderheitsantrag ist, wenigstens die Grundversorger auszunehmen, also den Zulassungsstopp zu lockern. Es hat sich ja gezeigt, dass das planwirtschaftliche Instrument "Zulassungsstopp" eigentlich mehr Probleme schafft als löst. Natürlich kann man sagen, wie es die Kommissionspräsidentin richtigerweise getan hat, es sei die Aufgabe der Kantone. Aber ich stelle einfach fest: Die Kantone interpretieren das offenbar vollkommen unterschiedlich, haben das vollkommen verschieden umgesetzt. Das heisst, dass der Zulassungsstopp gar nicht wirkt. Allein im grossen Kanton Zürich sind seit 2002 fünfhundert Ärzte mehr zugelassen worden. Es gibt sicher gute Gründe dafür, da habe ich keine Zweifel.

Jetzt sind die jungen Ärztinnen und Ärzte wirklich demotiviert. Das ist mein zweiter Grund, weshalb ich Ihnen diesen Minderheitsantrag stelle. Es ist mehr eine Notlösung, die ich Ihnen aufzeige; denn die Mehrheiten sind klar, und die Zeit war sehr kurz. Es braucht nämlich eine intelligentere Lösung, als einfach den Zulassungsstopp zu verlängern. Das Problem ist der Zulassungsstopp gerade im Bereich der Grundversorgung. Er diskriminiert natürlich die jungen, gut ausgebildeten Ärzte und schafft einen völlig falschen Anreiz. Sie werden nämlich dazu gezwungen, weiterhin im Spital zu arbeiten, sich dort auch zu spezialisieren. Was haben wir als Ergebnis? Wir haben nachher mehr Spezialärzte und weniger Grundversorger und Grundversorgerinnen.

Drittens finde ich, dass der Planungsstopp auch noch strukturelhaltend wirkt. Es sind nämlich gerade die jungen Ärzte und Ärztinnen, die offen für Managed-Care-Modelle, für Netzwerke sind; sie verfügen auch über das betriebswirtschaftliche Know-how, um solche Netzwerke ökonomisch und qualitativ gut zu führen.

Also, alles in allem ist dieser Zulassungsstopp wenig überzeugend – das finden wir ja alle. Es ist verständlich, warum er geschaffen worden ist, aber überzeugend in Bezug auf die Umsetzung ist er nicht.

Was die Zukunft anbelangt, haben wir in der SGK – da bin ich gleicher Meinung wie die Kommissionspräsidentin – die Richtung eigentlich schon vorgegeben. Es gibt wirklich viel intelligentere Lösungen, die GDK hat Ihnen solche ja auch vorgeschlagen. Es ist an einen Massnahmenmix zu denken, das heisst an die Lockerung der Vertragsfreiheit dort, wo Überfluss herrscht – das ist vor allem in den städtischen Gebieten, vor allem in Bezug auf die Spezialärzte der Fall. Aber dafür sollte man den Weg für die Managed-Care-Modelle freimachen oder, besser gesagt, diese viel offensiver fördern. Das hat unser Rat leider nur halbherzig gemacht, sonst wäre nämlich schon eine Grundlage vorhanden. Managed-Care-Modelle müssen natürlich mit einem Anreiz bei den Patientinnen und Patienten, also zum Beispiel mit einem tieferen Selbstbehalt, verbunden werden. In diese Richtung muss die Steuerung gehen. Wir brauchen eine gezielte Steuerung Richtung Qualität und Zusammenarbeit, aber nicht eine Diskriminierung der jungen Ärzte, wie das durch einen generellen Zulassungsstopp verursacht wird.

Ich bitte Sie also wirklich, die Minderheit insofern zu unterstützen, als damit wenigstens der erste Schritt gemacht wird, nämlich davon die Grundversorger – also primär jene, die Hausärztinnen und Hausärzte werden wollen – auszunehmen und ihnen auch die entsprechende Botschaft zu schicken. Denn damit wissen sie, dass wir eine Lösung machen werden, und zwar innert ganz kurzer Zeit, in der sie wieder vorkommen. Das erlaubt uns in der SGK, dann auch den zweiten Schritt, jenen mit der Lockerung der Vertragsfreiheit, zu machen. Ich weiss, es ist nicht – so sage ich einmal – der Supervorschlag, der alle Probleme löst. Aber dieses Korsett der Vorgaben, dass nämlich dieser Bundesbeschluss jetzt ausläuft und wir gezwungen sind, sofort, jetzt in der Wintersession, eine Verlängerung zu machen, hat mich bewogen, Ihnen hier wirklich vorzuschlagen, den ersten richtigen Schritt zu machen. So steigt auch die Glaubwürdigkeit in Bezug auf die Tatsache, dass der Zulassungsstopp nicht auf ewige Zeiten immer wieder verlängert wird, und so wird das Parlament auch gezwungen, hier die richtigen Schritte einzuleiten.

Ich bitte Sie deshalb, gerade jene, die vom Zulassungsstopp gar nicht überzeugt sind, wenigstens dem Antrag der Minderheit zuzustimmen.

Präsident (Brändli Christoffel, Präsident): Ich möchte die Diskussion strukturieren und vermeiden, dass wir zweimal die gleiche Diskussion führen. Ich bitte Sie, sich jetzt nur zum Eintreten zu äussern. Über den Antrag der Minderheit Fetz werden wir in der Detailberatung diskutieren.

Sommaruga Simonetta (S, BE): Der Zulassungsstopp hat einen schlechten Ruf; das ist nachvollziehbar. Die Vorstellung, dass man junge Menschen jahrelang ein teures Studium absolvieren lässt, um ihnen dann am Schluss der Ausbildung zu sagen, dass sie ihren Beruf nicht ausüben können, weil es seit Jahren einen Zu-



lassungsstopp gibt, ist wirklich absurd. Wenn man zusätzlich bedenkt, dass heute immer wieder von einem Ärztemangel die Rede ist, der sich abzeichne – zumindest bei den Hausärzten und in ländlichen Gebieten –, kann vollends niemand mehr verstehen, weshalb das Parlament den Zulassungsstopp nicht sofort abschafft, sondern noch einmal um zwei Jahre verlängern wird.

Nach Analyse der konkreten Situation in den Kantonen bin ich aber zum Schluss gelangt, dass man diesen Zulassungsstopp durchaus nochmals verlängern kann. Es stimmt nämlich nicht, dass junge, ausgebildete Ärztinnen und Ärzte wegen des Zulassungsstopps keine Stelle finden. Sonst würden ja nicht die meisten Stellen in unseren Spitälern mit ausländischen Ärztinnen und Ärzten besetzt. Ausserdem gibt es Angebote für Arbeitsstellen, auch in den ländlichen Gebieten, und zwar mehr als genug. Dort spricht man ja zum Teil, wie ich gesagt habe, von einem Ärztemangel. Unsere jungen Ärztinnen und Ärzte würden dort also gebraucht.

Schliesslich kann man auch nicht sagen, dass wegen des Zulassungsstopps immer weniger junge Menschen das Medizinstudium wählten, weil sie entmutigt würden, wie das Kollege Gutzwiller gesagt hat. Im Gegenteil: Im letzten Jahr haben so viele Studierende mit dem Medizinstudium begonnen, wie das noch gar nie der Fall war. Auch hier: Es ist

AB 2007 S 1033 / BO 2007 E 1033

keine negative Auswirkung des Zulassungsstopps feststellbar.

Ich ziehe deshalb das Fazit: Unsere jungen, frisch ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte haben durchaus gute Arbeitschancen, aber halt nicht immer genau dort, wo sie wollen. Wenn alle am liebsten in der Stadt eine Praxis eröffnen möchten, dann ist das zwar nachvollziehbar, aber es ist ökonomisch gesehen – und auch von der Versorgung her gesehen – nicht wünschenswert. "Je höher die Ärztedichte, desto höher die Gesundheitskosten" – diese Gleichung ist ja mittlerweile mehrfach bewiesen.

Nun stellt sich die Frage, ob der Zulassungsstopp wirklich das geeignete Instrument sei, um Übersorgung zu verhindern und Unterversorgung zu beheben. Ich würde sagen: Er hat zumindest das Potenzial, das zu tun – unter der Voraussetzung allerdings, dass er von den Kantonen auch gezielt so eingesetzt wird. In den vergangenen Jahren hat sich gezeigt, dass die Kantone dieses Instrument sehr unterschiedlich angewendet haben.

Da es den Kantonen schon heute freisteht, vom Zulassungsstopp Ausnahmen zu machen, zum Beispiel für ländliche Gebiete oder für bestimmte Kategorien von Ärzten wie Hausärzte oder Kinderpsychiater oder andere, haben sie es in der Hand, dieses Instrument im Sinne einer intelligenten und vorausschauenden Bedarfsplanung ganz gezielt einzusetzen. Darauf, ob die Kantone das tun oder nicht, hat der Bund, auch wenn er das Gesetz heute anpasst, wenig Einfluss. Dass der Zulassungsstopp auch Mängel hat, will ich nicht in Abrede stellen. Dass für Praxisablösungen manchmal horrend Summen verlangt werden, muss unbedingt unterbunden werden. Hier sind in erster Linie die Kantone und Santésuisse, die ja die Zahlstellenummern vergibt, gefordert. Wer seine Praxis aufgibt, sollte seine Nummer abgeben müssen; das wäre dann der Moment, um auch irgendwelche Transfergeschäfte zu kontrollieren oder zu unterbinden.

Ein weiteres Problem, das im Zusammenhang mit dem Zulassungsstopp auch immer wieder erwähnt wird, ist die Verlagerung der Behandlungen in die ambulanten Sektoren der Spitäler. Diese Entwicklung ist besorgniserregend, weil die Krankheitskosten damit unnötig in die Höhe getrieben werden, denn eine Behandlung in einer Praxis ist günstiger als in einem Ambulatorium eines Spitals. Eigentlich müssten die ambulanten Sektoren der Spitäler auch dem Zulassungsstopp unterstellt werden. Und natürlich müsste auch bei der Finanzierung eine Änderung vorgenommen werden, durch welche die Behandlung in einer Praxis gleich finanziert würde wie die ambulante Behandlung in einem Spital.

Erlauben Sie mir, Herr Präsident, noch eine Bemerkung zum Antrag der Minderheit; dann muss ich mich nachher in der Detailberatung nicht mehr zu Wort melden. Wenn wir heute die Grundversorger, die Allgemeinmediziner, die Allgemeininternisten, die Kinderärzte, die Hebammen und zum Teil sogar die Gynäkologen vom Zulassungsstopp ausnehmen, dann bringt das meines Erachtens keinen Fortschritt. Die Möglichkeit der Differenzierung haben die Kantone nämlich schon heute. Es ist auch nicht sinnvoll, einfach ohne Begrenzung Allgemeinmediziner zuzulassen. Auch bei diesen kann eine Steuerung, zum Beispiel wenn die Dichte bereits sehr hoch ist, durchaus sinnvoll und nötig sein.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten. Ich werde dann in der Detailberatung der Mehrheit folgen und den Antrag der Minderheit ablehnen.

Diener Verena (CEg, ZH): Ich möchte mich kurz zum Votum von Frau Fetz äussern, die festgehalten hat, dass im Kanton Zürich nach dem Zulassungsstopp rund 500 Ärzte trotzdem noch zu einer Praxisbewilligung gekommen sind. Das hat historisch gesehen mit der Ankündigung dieser Politik zu tun. Sie wurde ja als so breit



und tiefgehend wirksam angekündigt, dass alle, die irgendwo noch in Reichweite einer Zulassungsmöglichkeit waren, sich in die Schlange für die Anmeldung eingereiht haben; all diese hatten noch das Recht, zugelassen zu werden. Darum hat der Zulassungsstopp im Kanton Zürich eigentlich nur Ärger verursacht und nicht die Wirkung erzielt, die man anstrebte.

Es gibt für die Kantone aber noch ein anderes Problem: Es tönt ja so schön, wenn Frau Sommaruga sagt, die Kantone hätten die Möglichkeit, Ausnahmen zu machen. Aber es kann ja wohl nicht sein, dass jeder Kanton selber definiert, wo er Ausnahmen macht. Wir haben beim Geschäft vorher ja gesehen, wie wichtig es ist, dass man die kantonalen Grenzen aufhebt, dass man eine gesamtschweizerische Planung macht. Aber hier im Bereich der Praxiszulassung soll dann jeder Kanton für sich definieren, wo er Ausnahmen macht; dann muss z. B. noch jeder Kanton für sich definieren, wie viele Ärzte es pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner geben soll. Die Häufigkeit von Arztbesuchen ist in den Zentren ja höher als ausserhalb der Zentren, aber auch in den Kantonen ist es unterschiedlich. Das führt zu einem Wildwuchs, an dem man sich politisch nur die Finger verbrennen kann. Darum machen die Kantone das nicht. Die Kantone sind darauf angewiesen, dass wir in diesem Bereich eine gesamtschweizerische Regelung treffen.

Da wir diesen damals dringlichen Bundesbeschluss schon einmal verlängert haben, haben die Kantone kein Verständnis mehr, dass man jetzt wieder eine Verlängerung für zwei Jahre macht in einem Bereich, wo die Verunsicherung des Nachwuchses gross ist. Es stimmt, dass die Zahl der Ausbildungseintritte nach wie vor hoch ist. Aber die Leute, die ihre Ausbildung absolviert haben, fühlen sich dann diskriminiert gegenüber Personen aus anderen Berufen, die eine solche Zuweisung oder Einengung im Bereich ihrer persönlichen Ausübungswünsche nicht haben. Von daher verursachen wir hier eine Diskriminierung im Bereich von Ärztinnen und Ärzten, die in dieser Form sicher nicht mehr gerechtfertigt ist. In diesem Sinne werde ich dieser Verlängerung nicht zustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: On l'a dit: cette disposition a des racines historiques. C'est au moment où l'on a discuté de la libre circulation des personnes et des premières Bilatérales que les médecins ont manifesté une inquiétude. Et celle-ci était justifiée. Ils ont demandé que l'on fixe des règles pour limiter l'afflux de médecins étrangers en Suisse. Ces règles ont été fixées: c'est l'arrêté sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Cette mesure a-t-elle eu de l'effet ou non? Je crois, tout comme Madame Sommaruga, qu'elle a eu de l'effet. Bien sûr, les dispositions ont été appliquées différemment d'un canton à l'autre. Certains cantons par exemple n'ont pas accepté que l'on fasse une demande à titre prévisionnel; dans d'autres cantons au contraire, on autorisait des médecins qui étaient encore en formation dans les hôpitaux à demander une autorisation de s'installer et ces médecins se sont installés trois ou quatre ans plus tard. Et l'efficacité de la mesure a été plus ou moins grande suivant les dispositions qui ont été prises par les cantons. Il y a eu une foule de demandes entre le moment où on a commencé à discuter de cette limitation et le moment où elle est entrée en vigueur. Cela a causé dans un premier temps une augmentation du nombre théorique des médecins praticiens. Et c'est seulement au bout de quelques années, lorsque ce "stock" de demandes qui avaient été faites à titre préventif a été épuisé, qu'on a pu commencer à voir si la mesure avait de l'effet. Et elle a eu de l'effet!

Si vous regardez l'évolution du nombre de médecins dans un canton comme Genève, où il n'y a, de l'avis général, pas pénurie de médecins, mais au contraire peut-être même une surpopulation médicale, les autorisations ont été très rares et Genève a appliqué de manière assez stricte l'arrêté. Je dois dire, Madame Diener, que je suis surpris: Genève ne passe pas pour un canton où l'on va à contre-courant des souhaits populaires; en général, on a plutôt tendance à accompagner le courant. Et Genève a eu le courage de tenir la ligne et a obtenu ainsi des résultats! Je ne connais pas par coeur le cas de Zurich, mais j'ai l'impression que Zurich devrait être aussi en mesure de tenir la ligne et de décider si

AB 2007 S 1034 / BO 2007 E 1034

l'on a besoin de médecins supplémentaires à la campagne ou en ville. Les cantons ont une énorme liberté. Alors, on se trouve quand même devant un paradoxe. Dans quelques minutes, on va parler du financement des hôpitaux. Dans ce domaine, il y a des compétences de planification qui sont données aux cantons. Or ces compétences impliquent des risques politiques infiniment plus grands que de refuser à tel ou tel médecin pris individuellement la possibilité de s'installer. Est-ce que les cantons veulent renoncer à cette compétence de planification, qui est beaucoup plus dangereuse politiquement que la mesure qui est prise aujourd'hui? Ils nous disent non. Je ne sais pas comment la planification se fera, mais dans tous les cas, ils veulent maintenir ce pouvoir. Or ici, il s'agit de prendre des dispositions qui concernent des personnes, qui sont explicables de cas en cas. Et tout à coup, les cantons disent: "Non, nous ne voulons plus prendre cette responsabilité. Nous





demandons une règle fédérale."

Quelle règle fédérale peut-on avoir? On peut avoir une telle règle dans le sens de ce que dit Madame Fetz. Mais je crois – et on en parlera tout à l'heure – que sa solution crée plus de difficultés qu'elle n'en résout. Pourquoi est-ce que les psychiatres, par exemple, ne sont pas dans sa liste des médecins de premier recours? Ce sont des médecins de premier recours. Comment traite-t-on le cas de quelqu'un qui décide, après avoir fait une spécialisation, de s'installer quand même comme médecin de premier recours? Au nom de quoi dira-t-on à quelqu'un qui est, d'une certaine manière, surqualifié mais qui souhaite s'installer à tel ou tel endroit comme médecin de premier recours: "Votre surqualification vous interdit de vous installer comme médecin de premier recours"? Il n'y a pas de définition du médecin de premier recours, sauf à dire à un cardiologue qui aurait une large expérience et qui, aimant le contact direct avec le patient, déciderait de s'installer comme médecin de premier recours, que ce n'est pas possible, même si sa volonté est de répondre à cette demande.

Deuxième point: Madame Sommaruga l'a dit aussi, il est faux de prétendre que les jeunes médecins ne peuvent pas s'installer. Ce qui est vrai, c'est qu'ils ne peuvent pas s'installer là où ils veulent, au moment où ils le veulent et comme ils le veulent. Et cela, c'est vrai. Les chiffres le disent: on a besoin d'environ 1000 à 1200 nouveaux médecins par an en Suisse. Nous en "produisons" environ 600. Donc structurellement, on ne produit pas assez de médecins.

Donc, dès l'instant où l'on ne produit pas assez de médecins, cela signifie que tous ceux qui sont formés ont une chance d'exercer leur profession. Encore une fois, peut-être pas à l'endroit et au moment où ils le veulent, mais ils ont une chance d'exercer leur profession. C'est une profession qui implique aussi de la part de l'Etat, de la collectivité publique, un gros effort financier. La formation d'un médecin coûte plusieurs centaines de milliers de francs.

Je ne suis pas en faveur de l'introduction de la caserne dans cette profession au moment où tout le monde la quitte. Mais je crois quand même qu'on peut imaginer que l'Etat et la collectivité – qui a fait un effort extraordinaire pour permettre à des jeunes gens de se former – orientent, dans tous les cas dans un premier temps, leurs activités là où on en a besoin. Il n'est pas question d'introduire une obligation de s'installer ici ou là, comme certains l'ont proposé en son temps. Mais quand même, il y a une certaine justification morale et politique à ce que l'Etat, représentant de la collectivité, qui a fait un gros effort pour les former, oriente les premiers choix ou incite les médecins à faire un premier choix dans l'intérêt public, c'est-à-dire à s'installer là où on en a besoin.

Qu'il faille remplacer à terme cette mesure par une autre, je suis le premier d'accord. Je n'ai jamais été enthousiasmé par cette mesure, comme d'ailleurs la plupart des personnes qui se sont exprimées, mais il faut trouver quelque chose de mieux. Il y aurait la liberté de contracter, peut-être, parce qu'à ce moment-là il faudrait espérer que les compagnies d'assurance-maladie aient le courage de décider de ne pas prendre des médecins sur leur liste quand il y en a trop. Ce n'est pas sûr que cela se passera ainsi.

D'un autre côté, les compagnies d'assurance-maladie ont aussi des clients et, dans un tel cas, leurs intérêts ne vont pas absolument dans la même direction que l'intérêt général. Je crois qu'il faut plutôt aller dans le sens de l'ouverture du marché, à des systèmes de "managed care", avec capitation, avec responsabilité financière. C'est quelque chose qu'on est en train d'étudier et qu'on veut mettre en place assez rapidement pour que cette proposition soit la dernière.

Tout le monde avait l'espoir, Monsieur Gutzwiller, lorsqu'on a prorogé l'arrêté pertinent, qu'il ne faudrait pas le proroger une nouvelle fois. Mais ce n'est pas le Conseil fédéral qui est fautif dans cette affaire! Cependant, nous sommes quand même responsables au bout du compte du succès du système, et si l'on supprime aujourd'hui cette mesure, nous aurons un grand problème: une concentration supplémentaire de médecins là où l'environnement, pour différentes raisons, est plus agréable, et alors les cantons périphériques, les régions périphériques et les professions médicales moins demandées ne seront pas du tout recherchées.

Je ne veux pas faire la guerre de la campagne contre la ville. Mais c'est quand même pour moi une indication que le représentant d'un grand canton qui habite en ville et la représentante d'un plus petit canton, mais qui est un canton exclusivement urbain, ont moins de difficulté à imaginer l'abandon de l'arrêté fédéral sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer que les représentants des cantons qui sont moins attractifs que les villes pour des raisons diverses – et à tort, souvent; je le dis en tant que personne issue d'un canton de ce type.

Les alternatives n'existent pas aujourd'hui, or il faut en créer, et nous voulons le faire. Je pense que l'année prochaine nous aurons mis sur pied un système qui vous sera proposé pour remplacer l'arrêté sur la limitation lorsqu'il arrivera à échéance, mais il faut avoir une alternative. On ne peut pas dire non, même s'il est vrai que nous avons un peu honte – et j'espère que vous partagez cette honte, parce que vous en êtes aussi coresponsables – de présenter une nouvelle fois ce projet sans avoir trouvé de solution.



*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition*

**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Bedarfsabhängige Zulassung)
2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Admission selon le besoin)**

Detailberatung – Discussion par article

Titel

Antrag der Kommission

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Bedarfsabhängige Zulassung)

Titre

Proposition de la commission

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Admission selon le besoin)

Angenommen – Adopté

Ingress

Antrag der Kommission

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 26. Mai 2004, beschliesst:

Préambule

Proposition de la commission

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu le message du Conseil fédéral du 26 mai 2004, arrête:

Angenommen – Adopté

AB 2007 S 1035 / BO 2007 E 1035

Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 wird wie folgt geändert:

Ch. I introduction

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:

Angenommen – Adopté

Art. 55a

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Der Bundesrat kann die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36 bis 38 für eine befristete Zeit von einem Bedürfnis abhängig machen. Er legt die entsprechenden Kriterien fest.

Abs. 2

Die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer sind vorher anzuhören.

Abs. 3

Die Kantone bestimmen die Leistungserbringer nach Absatz 1.

Abs. 4

Eine erteilte Zulassung verfällt, wenn nicht innert bestimmter Frist von ihr Gebrauch gemacht wird. Der Bundesrat legt die Bedingungen fest.

Antrag der Minderheit





(Fetz, Leuenberger-Solothurn)

Abs. 1bis

Von der Massnahme nach Absatz 1 ausgenommen sind Grundversorger. Als Grundversorger gelten:

- a. Allgemeinmediziner und -medizinerinnen;
- b. Allgemeininternisten und -internistinnen;
- c. Ärztinnen und Ärzte, die gemeinsam eine Praxis übernehmen und dafür eine gemeinsame, auf die Praxis lautende ZSR-Nummer erhalten;
- d. Kinderärztinnen und -ärzte;
- e. Hebammen;
- f. Gynäkologen und Gynäkologinnen, soweit sie in der Grundversorgung tätig sind.

Art. 55a

Proposition de la majorité

Al. 1

Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins au sens des articles 36 à 38. Il fixe les critères correspondants.

Al. 2

Les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable.

Al. 3

Les cantons désignent les fournisseurs de prestations conformément à l'alinéa 1.

Al. 4

L'admission, une fois délivrée, expire lorsqu'il n'en est pas fait usage pendant un certain délai. Le Conseil fédéral fixe les conditions.

Proposition de la minorité

(Fetz, Leuenberger-Solothurn)

Al. 1bis

Sont exclus de cette mesure les médecins de premier recours. Les médecins de premier recours sont:

- a. les généralistes;
- b. les internistes généralistes;
- c. les médecins qui pratiquent dans un cabinet commun et qui reçoivent un numéro RCC pour le cabinet;
- d. les pédiatres;
- e. les sages-femmes;
- f. les gynécologues, lorsqu'ils exercent la médecine de premier recours.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich habe ja bereits beim Eintreten verschiedenste Ausführungen gemacht. Frau Kollegin Sommaruga hat sie ergänzt. Ich bitte Sie, Herr Präsident, zuerst der Minderheit das Wort zu erteilen; ich würde mich allenfalls nachher noch einmal zu Wort melden.

Fetz Anita (S, BS): Ich denke, die Diskussion ist geführt. Ich brauche hier nicht nochmals die Details zu erklären. Sie haben jetzt im Prinzip die Wahl, das weiterzuführen oder eine kleine Lockerung zu machen. Aus der Diskussion ist für mich klar hervorgegangen, dass eigentlich viele mit diesem Zulassungsstopp nicht zufrieden sind; und es liegt jetzt an uns – egal, wie die Abstimmung herauskommt –, "rassig" eine vernünftige Lösung in der Kommission zu finden.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 28 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 9 Stimmen

Ziff. II

Antrag der Kommission

Abs. 1

Dieses Gesetz wird nach Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und untersteht nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe b der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum.

Abs. 2





Es tritt am 1. Mai 2008 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2010.

Ch. II

Proposition de la commission

Al. 1

La présente loi est déclarée urgente conformément à l'article 165 alinéa 1 de la Constitution. Elle est sujette au référendum prévu par l'article 141 alinéa 1 lettre b de la Constitution.

Al. 2

Elle entre en vigueur le 1er mai 2008 et a effet jusqu'au 31 décembre 2010.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Da eine Nachfolgeregelung für den Zulassungsstopp nicht vor 2010 zu erwarten ist – ich hoffe allerdings, dass dies nach der Diskussion, die wir im Rat geführt haben, wesentlich früher sein wird, soll er vorsorglich bis zum 31. Dezember 2010 datiert werden. Da eine Dauer von zwei Jahren vorgesehen ist, unterliegt das dringliche Bundesgesetz auch dem fakultativen Referendum.

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes ... 28 Stimmen

Dagegen ... 8 Stimmen

(2 Enthaltungen)

AB 2007 S 1036 / BO 2007 E 1036