



12.092

**KVG. Teilrevision.
Vorübergehende Wiedereinführung
der bedarfsabhängigen Zulassung**

**LAMal. Révision partielle.
Réintroduction temporaire
de l'admission selon le besoin**

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 06.03.13 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 12.03.13 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 05.06.13 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.06.13 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 17.06.13 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.06.13 (DRINGLICHKEITSKLAUSEL - CLAUSE D'URGENCE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 19.06.13 (DRINGLICHKEITSKLAUSEL - CLAUSE D'URGENCE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.06.13 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.06.13 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Antrag der Mehrheit
Eintreten

Antrag der Minderheit
(de Courten, Bortoluzzi, Cassis, Frehner, Moret, Müri, Parmelin, Pezzatti, Rösti, Stahl)
Nichteintreten

Antrag der Minderheit
(Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Frehner, Gilli, Kessler, Moret, Müri, Parmelin, Pezzatti, Rösti, Stahl)
Rückweisung an den Bundesrat
mit dem Auftrag, innert zwei Jahren Alternativvorschläge zur Steuerung der ambulanten Medizin zu unterbreiten.

Proposition de la majorité
Entrer en matière

Proposition de la minorité
(de Courten, Bortoluzzi, Cassis, Frehner, Moret, Müri, Parmelin, Pezzatti, Rösti, Stahl)
Ne pas entrer en matière

Proposition de la minorité
(Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Frehner, Gilli, Kessler, Moret, Müri, Parmelin, Pezzatti, Rösti, Stahl)
Renvoyer le projet au Conseil fédéral
avec mandat de proposer, dans un délai de deux ans, d'autres solutions pour le pilotage de la médecine ambulatoire.

Humbel Ruth (CE, AG), für die Kommission: Im Jahr 2001 wurde mit Artikel 55a KVG eine bedarfsabhängige Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung eingeführt. Diese Zulassungssteuerung war als Übergangslösung bis zur Einführung der Vertragsfreiheit gedacht. Weil sich die Ärzteschaft bis heute vehement gegen eine Lockerung des Vertragszwangs zur Wehr setzt und damit eine





entsprechende Gesetzesrevision nicht referendumsfähig wäre, musste der Zulassungsstopp dreimal verlängert werden. Ab 2002 galt der Stopp nur noch für Spezialärzte.

Mit Blick auf die KVG-Revision zu Managed Care, welche eine Steuerung den Ärztenetzen überlassen hätte, wurde von einer erneuten Verlängerung des Zulassungsstopps abgesehen. Bekanntlich wurde die KVG-Revision zu Managed Care vom Volk im Juni 2012 abgelehnt. Seit Anfang 2012 gibt es keine Möglichkeit der Steuerung im ambulanten Bereich mehr. In der Folge hat sich die Zahl der Gesuche um Zahlstellennummern mehr als verdoppelt. Auch die Zahl der effektiv praktizierenden Ärzte ist unverhältnismässig stark angestiegen. 2011 wurden 896 Zahlstellennummern vergeben. 2012 waren es 2049 Nummern, also 128 Prozent mehr. Die Zahl der effektiv abrechnenden Ärzte ist zwischen 2004 und 2011 jährlich um durchschnittlich 1,9 Prozent angestiegen, 2012 waren es 8,6 Prozent.

Das überproportionale Kostenwachstum ist ein zentrales Problem in der Krankenversicherung. Jede neueröffnete Praxis verursacht erhebliche Zusatzkosten. Wie der Bundesrat will die Kommissionsmehrheit mit dieser Gesetzesänderung diejenigen Kantone, welche eine kostenwirksame Ausweitung des Angebotes feststellen und dieses bremsen möchten, die Möglichkeit zur bedarfsgerechten Steuerung geben. Es ist eine angemessene föderalistische Lösung. Mit dem vorliegenden Entwurf bekommen diejenigen Kantone, welche Handlungsbedarf haben und handeln wollen, die Kompetenz, die Zulassungssteuerung in Bezug auf die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Form, die bis zum 31. Dezember 2011 galt, wieder einzuführen.

Die Massnahme soll auf drei Jahre beschränkt sein. Während dieser Zeit muss eine qualitätsbezogene Lösung zur Steuerung gefunden werden, damit die Angebotszunahme und die Mengenentwicklung längerfristig eingedämmt werden können. In Anbetracht des kürzlich lancierten Massnahmenplans "Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung" bleiben die Leistungserbringer im Bereich der Grundversorgung von der Zulassungssteuerung ausgeschlossen. Ausgenommen werden ebenfalls Apothekerinnen und Apotheker, weil Apotheken bei der Zulassung kein Problem darstellen. Die Übergangsbestimmung sieht vor, dass Artikel 55a nicht anwendbar ist auf Personen, die bereits vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung in eigener Praxis zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren.

Die Gesetzesänderung soll für dringlich erklärt werden und rasch in Kraft treten, damit die Kantone, die sie benötigen, über die erforderlichen rechtlichen Instrumente verfügen. Sie ermöglicht es den Kantonen, die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu bremsen, was sich positiv auf die Prämien wie auf die Finanzen von Bund und Kantonen auswirken wird. Die Kantone können die Zulassung an bestimmte Bedingungen knüpfen, beispielsweise zur Privilegierung von integrierten Versorgungsnetzen oder von Ärzten, die sich in Randregionen oder abgelegenen Gemeinden niederlassen.

Die Kommission ist mit 12 zu 10 Stimmen auf die Vorlage eingetreten und hat mit 12 zu 12 Stimmen mit Stichentscheid des Präsidenten, das heisst äusserst knapp, den Rückweisungsantrag abgelehnt. In der Gesamtabstimmung hat die Kommission mit 13 zu 11 Stimmen der Vorlage zugestimmt.

Im Namen der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten und den Anträgen der Mehrheit zu folgen.

van Singer Christian (G, VD), pour la commission: Comme vous tous, j'ai reçu ces dernières semaines de très nombreux messages me demandant de rejeter ce projet de révision partielle de la LAMal qui réintroduirait temporairement, pour trois ans, l'admission selon le besoin.

Je me suis même demandé si j'avais bien fait de soutenir ce projet car, selon ces missives émanant de médecins spécialistes et de leurs associations, celui-ci bloquerait l'ouverture de cabinets de spécialistes dans toute la Suisse, même là où il en manque, il compromettrait les soins ambulatoires et contredirait la liberté économique garantie par la Constitution.

AB 2013 N 65 / BO 2013 N 65

J'ai relu attentivement le texte de loi et le message du Conseil fédéral. En réalité, ce projet est d'essence fédéraliste, non contraignant; les cantons qui ne souhaitent pas appliquer cette clause du besoin sont libres d'en rester au statu quo. Par contre, ceux dans lesquels il y a un afflux de médecins spécialistes, souvent étrangers, disposeront d'un outil de régulation leur permettant d'éviter les excès.

Je vous donne quelques chiffres qui montrent à quel point c'est un devoir de solidarité confédérale que de voter oui tout à l'heure. Dans mon canton, le canton de Vaud, il y a eu, en 2011, 53 autorisations supplémentaires délivrées pour les médecins spécialistes, et 139 en 2012. Dans le canton de Genève, il y en a eu 252 en 2009, 2010, 2011, et déjà 533 entre 2012 et début 2013. D'autres cantons sont aussi touchés par cette augmentation qui ne répond à aucun besoin de politique sanitaire car il y a déjà pléthore de spécialistes dans les villes. A



Zürich, l'augmentation entre le premier semestre 2011 et le premier semestre 2012 est de 185 pour cent; au Tessin, de 327 pour cent.

Donnons la base légale aux cantons dont les autorités voient le besoin de limiter le nombre de nouveaux médecins spécialistes qui s'installent et d'encourager plutôt l'installation de médecins de premier recours qui font défaut. Donnons à ces cantons qui le souhaitent les moyens d'agir. Je le répète: aucun canton ne sera obligé d'appliquer la clause du besoin. Notez bien qu'il ne s'agit pas d'un "Zulassungsstopp", mais d'une réintroduction temporaire de l'admission selon les besoins au registre des médecins dont les factures sont remboursées par la LAMal, dans les cantons uniquement où cela est nécessaire pour éviter un afflux massif de médecins étrangers et l'explosion des coûts de la santé. C'est là un des objectifs importants de ce projet: limiter l'explosion des coûts de la médecine ambulatoire.

S'il n'est pas prouvé que l'ouverture de chaque nouveau cabinet continue à engendrer, comme dans les années 2000, pour plus d'un demi-million de francs de coûts supplémentaires, il est certain que ce phénomène contribue grandement à l'accroissement des charges de l'assurance obligatoire des soins. A Genève par exemple, ces coûts ont augmenté de 4,3 pour cent en 2010, de 6,9 pour cent en 2011, mais déjà de 9,9 pour cent en 2012. Certains cantons, plutôt urbains ou proches des frontières, connaissent des situations extrêmes dépassant toutes les prévisions. Nous devons leur donner les moyens légaux de réagir, dans l'attente d'une solution globale plus satisfaisante qui devra intervenir d'ici trois ans.

La solution proposée aujourd'hui par le Conseil fédéral offre la possibilité à ces cantons de réguler l'offre sans imposer quoi que ce soit aux autres cantons. Cette mesure est primordiale pour éviter les effets pervers durables d'une surabondance de l'offre de médecins spécialistes, tout en contribuant à une meilleure répartition des praticiens entre ville et campagne et sur le territoire national.

N'écoutez pas le lobby bien organisé et très actif des médecins spécialistes, mais faites acte de solidarité confédérale.

Suivez l'avis de votre commission qui vous recommande d'entrer en matière, par 12 voix contre 10, et d'adopter le projet, par 13 voix contre 11, lors du vote sur l'ensemble.

de Courten Thomas (V, BL): Die SVP lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene kurzfristige und temporäre Wiedereinführung des Zulassungsstopps für Ärztinnen und Ärzte ab. Wir beantragen Ihnen also, nicht auf diese Vorlage einzutreten.

Diese Massnahme ist nach wie vor rechtsstaatlich bedenklich. Die angestrebten Ziele werden damit nicht erreicht, und die Blockade der Reform des Gesundheitswesens zwecks Eindämmung der Kosten wird einmal mehr mangels Alternativen weitergeführt. Seit Jahren verspricht der Bundesrat, Alternativen zum untauglichen planwirtschaftlichen und kostentreibenden Instrumentarium des Zulassungsstopps vorzulegen. Einmal mehr soll nun aber mit einer "Pflasterlipolitik" – ich kann es nicht anders sagen – das Problem verdeckt werden, und es wird erneut verpasst, wirkungsvolle und dauerhafte Lösungen zu erarbeiten. Stattdessen schlägt der Bundesrat ein Hüst-und-Hott beim Zulassungsstopp vor.

Die SVP setzt sich von jeher für ein freiheitliches und wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen ein: für Vertragsfreiheit statt Vertragszwang, für eine klare Rollentrennung von Aufsicht und Leistungserbringern statt staatlicher Planwirtschaft und für eine ebenso klare Trennung der Verantwortung, der unterschiedlichen Aufgaben der Leistungserbringer, also von Ärzten, Spitälern, Apotheken, Versicherern usw.

Dem WZW-Dogma im KVG, nämlich Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit, ist weder mit Planwirtschaft noch mit Verzögerungstaktik, noch mit ungenügender Auftragserfüllung durch Bund und Verwaltung Nachachtung zu verschaffen. Die unmittelbaren Folgen der Aufhebung des alten Zulassungsstopps waren absehbar und allen klar. Die von den Kommissionssprechern genannten Zahlen überraschen daher niemanden. Jetzt aber hektisch alte Fehler zu wiederholen ist unklug. Auch der Bundesrat war sich bewusst, dass in einzelnen Kantonen der Wegfall des Zulassungsstopps zu mehr Gesuchen führen könnte. Er empfahl sogar in Ansätzen, dem entgegenzusteuern: Zum einen wies er darauf hin, dass es Aufgabe der Tarifpartner sei, Preise und Tarife vertraglich zu vereinbaren. Diese könnten somit die Vergütung der Leistungserbringer so festlegen oder anpassen, dass negative Anreize und negative Folgen vermieden werden könnten. Diese Chance wurde offenbar manchenorts verpasst. Durch eine Änderung der Tarife und Preise hätte das Angebot an Leistungserbringern in einigen Bereichen abnehmen können, und das hätte bewirken können, dass auch die Nachfrage entsprechend zurückgegangen wäre.

Mit dem Scheitern der Managed-Care-Vorlage zu argumentieren zielt ebenfalls am Problem vorbei. Das Ziel, Anreize für Leistungserbringer zu setzen, integrierte Versorgungsnetze zu bilden, bleibt auch nach der Volksabstimmung bestehen. Die Nachfrage würde so einfacher kontrollierbar. Eine Steuerung der Behandlung würde möglich, die Behandlung wäre qualitativ besser und dank der Budgetmitverantwortung effektiver.



Generell ist in Erinnerung zu rufen, dass sich die Leistungserbringer, gestützt auf die Kriterien von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit, in ihren Leistungen auf das Mass beschränken müssen, das im Interesse der Versicherten liegt und das für den Behandlungszweck erforderlich ist, und dass die Versicherer die Einhaltung dieses Grundsatzes im Rahmen der Rechnungskontrolle und der Wirtschaftlichkeitsprüfung verifizieren. Das sind weder meine Argumente noch meine Worte, sondern es sind Zitate aus den Antworten des Bundesrates auf die parlamentarische Diskussion im Dezember 2011.

Bereits bei der erstmaligen Einführung des Zulassungsstopps im Jahre 2002 war die Kritik an der ursprünglich als kurzfristige Notmassnahme deklarierten Zulassungsregulierung klar. Wir sehen uns in dieser Haltung nach zehnjähriger Praxiserfahrung bestärkt. Wir führen auch heute zwei wesentliche Argumente gegen diese Massnahme ins Feld:

1. Die Rechtsstaatlichkeit: Trotz wiederholter Beteuerung von Bundesrat und Parlament, dass es sich lediglich um eine Übergangslösung handle, wurde der Zulassungsstopp nicht weniger als dreimal verlängert. Jungen Ärztinnen und Ärzten wurde damit durch einen öffentlichen Eingriff und nach einem öffentlich finanzierten Studium die Berufsausübung praktisch verunmöglicht. Jetzt gerade noch eine vierte Runde anzuhängen ist tatsächlich rechtsstaatlich bedenklich.

2. Die falsch eingeschätzte Wirkung: Auch nach all den Jahren konnte der Beweis nicht erbracht werden, dass sich ein Zulassungsstopp im erhofften Ausmass dämpfend auf die Kostenentwicklung auswirkt. Im Gegenteil, die Zahl der fakturierenden Ärztinnen und Ärzte ist zwischen Januar 2006 und Januar 2012, in einem Zeitraum also, als der Zulassungsstopp ohne Unterbruch galt, kontinuierlich gestiegen.

Wir schlagen vor, dass der Bundesrat tatsächlich wirkungsvolle Massnahmen vorschlägt und einführt. Dafür soll nun

AB 2013 N 66 / BO 2013 N 66

auch endlich die dauerhafte Einführung der Vertragsfreiheit erfolgen. Qualität und Preis – nicht eine staatliche Planung – sollen die Zulassung der Ärzte im ambulanten Bereich bestimmen. Die Vertragsfreiheit kann das Überangebot wirkungsvoller eindämmen und gleichzeitig der Unterversorgung in abgelegenen Regionen entgegenwirken. Die Vertragsfreiheit existiert in anderen europäischen Gesundheitssystemen bereits und hat sich als Erfolgsmodell erwiesen. Statt blockierende Instrumente wie den Zulassungsstopp wiederzubeleben, sollte der Bundesrat deshalb Alternativen präsentieren, die tatsächlich zum Ziel der Kostendämpfung führen.

Cassis Ignazio (RL, TI): Ich erzähle Ihnen die Geschichte eines unnötigen Gesetzes, das wegen der Angst einiger kantonaler Gesundheitsdirektoren vielleicht doch notwendig wird.

Im Juli 2002, einen Monat nach Inkrafttreten der bilateralen Verträge mit der EU, entscheidet das Parlament im Eiltempo einen KVG-Zulassungsstopp für Ärzte. Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss verspricht, es handle sich dabei nur um eine vorübergehende Massnahme, die maximal drei Jahre dauere; man werde in dieser Zeit eine gescheiterte Lösung für das Problem finden. Im Jahr 2005 ist man aber nicht viel schlauer, und das Moratorium wird für weitere drei Jahre, bis 2008, verlängert. Leider fällt auch der neuen Generation von Beamten, Bundesräten und Parlamentariern keine geniale Idee ein, und die Massnahme wird demzufolge ein zweites Mal verlängert, bis Ende 2011. Man ist überzeugt, dass dies endgültig das letzte Mal sein soll.

Die vorgesehene KVG-Lösung mit Managed Care wäre in unseren Augen eine gute Nachfolgelösung gewesen, aber Sie kennen ihr Schicksal: Die Vorlage wurde begraben. Wenige Monate nachher kommt der Bundesrat wieder mit der gleichen Suppe: Ein Moratorium sei wirklich nötig, um die Gesundheitskosten zu kontrollieren – selbstverständlich nur noch für drei Jahre, bis eben neue Ideen gefunden worden seien. Sind wir denn heute viel klüger als vor zehn Jahren? Wer glaubt daran, dass der Zulassungsstopp wirklich nur noch drei Jahre dauern soll? Was ist eigentlich passiert?

Einige kantonale Gesundheitsdirektoren sind besorgt. Ab Januar 2012 nimmt die Anzahl kantonaler Zulassungsbewilligungen zur Berufsausübung rasant zu. Und da Vertragszwang herrscht, sind diese auch automatisch zugelassen, ihre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen. Sie bekommen zwangsläufig eine sogenannte ZSR-Nummer, eine Zahlstellenregisternummer. Fazit: Man öffnet die Tür und ist überrascht, dass jemand hereinkommt. Ist das wirklich erstaunlich?

Das Medienecho ist gross. Jeden Tag lesen wir in der Presse das berühmte, aber trotzdem nichtzutreffende Axiom, wonach eine Zulassungsbewilligung einer Praxiseröffnung gleichkomme und wonach eine Praxiseröffnung zu Mehrkosten in der Höhe von 500 000 Franken zulasten unserer Prämien führe. In der öffentlichen Debatte wird derart viel Unsinn verbreitet, dass der Bundesrat diesen Unsinn heute wieder ausräumen muss. Das einzige, was wir heute wirklich wissen, ist, dass sich 2012 die Anzahl Zulassungsbewilligungen im Vergleich zu 2011 mehr als verdoppelt hat: von 896 auf 2049. Aber passen wir auf: Das sind nur Papierstücke;



diese generieren weder Kosten noch die Immigration von EU-Ärzten. Wie viele von diesen 2049 Ärztinnen und Ärzten haben tatsächlich eine Praxis eröffnet und zu welchem Arbeitspensum? Und vor allem: Wie gross ist das zusätzliche Abrechnungsvolumen gegenüber dem Vorjahr? Dies ist die zentrale Frage, die heute niemand beantworten kann.

Die hübsche Geschichte mit den 500 000 Franken stammt aus den 1990er Jahren, als die Welt eine andere war. Wie ist sie heute? Von den 2049 Neubezüglern einer Zulassungsbewilligung von Januar bis Dezember 2012 hat nur ungefähr die Hälfte im Jahr 2012 Leistungen abgerechnet; niemand weiss, wie viel Leistungen es gewesen sind.

Wie Sie selber merken, ist die Lage alles andere als klar. Behauptungen, Befürchtungen und Ängste sind keine guten Ratgeber, um Gesetze zu machen. Das ist keine Situation, die nach einem Gesetz schreit. Es gilt nämlich immer noch der Grundsatz von Montesquieu: "Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu erlassen, dann ist es notwendig, kein Gesetz zu erlassen."

Was wir heute kennen, sind hingegen die unerwünschten Nebenwirkungen von zehn Jahren Zulassungsstopp: Aussichtslosigkeit, Entmutigung, Resignation unserer jungen, gutausgebildeten Schweizer Ärzte und keine Kontrolle der Prämiensteigerung. Es ist doch geradezu schizophoren: Auf der einen Seite sprechen wir von Ärztemangel, und auf der anderen Seite blockieren wir die berufliche Laufbahn der Nachfolgegeneration. Es besteht heute wirklich kein nachgewiesener Handlungsbedarf.

Bitte unterstützen Sie meinen Minderheitsantrag, und weisen Sie die Vorlage an den Bundesrat zurück. Er soll die Lage statistisch überwachen und innert zwei Jahren ernsthaft alle möglichen Wege zur Steuerung der Ärztedichte und -verteilung prüfen, wie z. B. ein obligatorisches, mehrjähriges Spitalpraktikum vor der Niederlassung, das Auktionsmodell von Avenir Suisse, eine Lockerung des Vertragszwangs oder andere Steuerungsinstrumente. Um eine medizinische Metapher zu verwenden, sage ich Ihnen: Geben wir unserem Patienten "Gesundheitswesen" nicht ein Medikament, ohne die Indikation geprüft zu haben, denn wir verursachen damit nur Nebenwirkungen.

Kessler Margrit (GL, SG): Angesichts des erheblichen Anstiegs von Zulassungsgesuchen von Ärztinnen und Ärzten soll mit der Gesetzesänderung die 2011 abgelaufene Zulassungsregulierung für eine befristete Zeit wieder eingeführt werden. Die Meinungen gehen weit auseinander. Die Krankenkassen, aber auch einige betroffene Kantone sind für eine Zulassungsregulierung. Unsere gutausgebildeten jungen Ärztinnen und Ärzten sehen sich benachteiligt, da sie schon zehn Jahre keine eigene Praxis mehr eröffnen können. Aus Sicht der Grünliberalen gleicht die geplante Ärztereulierung einer Quadratur des Kreises. Einerseits wollen wir unseren in der Schweiz ausgebildeten jungen Spezialisten die Möglichkeit geben, eine Praxis zu eröffnen. Andererseits fürchten wir die Erhöhung der Krankenkassenprämien, mit Recht. Wenn alle Ärzte, die heute eine Zulassungsnummer beantragt haben, eine Praxis eröffnen würden, würden die Krankenkassenprämien zusätzlich um 1 Milliarde Franken steigen. Zurzeit wissen wir noch nicht, wie viele der Mediziner mit der Zulassungsnummer eine Praxis eröffnen werden und wie viele eine Zulassungsnummer auf Vorrat erworben haben. Es ist stossend, dass während des zehnjährigen Zulassungsstopps von den Politikern keine Alternativen gesucht und gefunden wurden, um dieses Problem zu lösen und eine medizinische Überversorgung unserer Bevölkerung zu verhindern.

Es ist eine Tatsache, dass in den letzten Jahren wegen des Zulassungsstopps weniger neue Praxen eröffnet worden sind. Die ambulanten Leistungen haben aber trotzdem zugenommen. Viele öffentliche Spitäler haben die Gelegenheit genutzt und ihre Ambulatorien ausgebaut: Die nötigen Spezialisten wurden in den öffentlichen Spitälern angestellt, und es wurde entsprechend abgerechnet. Deshalb müssen wir, wenn wir über eine Zulassungsbeschränkung diskutieren, auch die Ambulatorien der öffentlichen Spitäler berücksichtigen.

Die Grünliberalen werden den Antrag der Minderheit Cassis unterstützen. Er soll helfen, den Zulassungsstopp zu umgehen, weil der Widerstand gegen diese Regulierung immer grösser wird. Trotzdem können wir es nicht zulassen und es uns finanziell auch nicht leisten, dass unsere Bevölkerung ärztlich Überversorgt wird. Anstelle eines Zulassungsstopps schlagen wir vor, den Vertragszwang zu lockern und mit einem Qualitätskriterium zu koppeln, bis eine andere Lösung vorliegt. Ärztinnen und Ärzte sollen nur dann eine Zulassungsnummer bekommen, wenn sie während mindestens fünf Jahren an einer anerkannten medizinischen Weiterbildungsstätte in der Schweiz tätig waren. Dies erhöht die Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten, und es

AB 2013 N 67 / BO 2013 N 67

garantiert, dass nur gutausgebildete Ärzte über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen können. Die bilateralen Verträge werden durch eine Lockerung des Vertragszwangs nicht tangiert. Die befristete Lockerung des Kontrahierungszwangs gibt dem Bundesrat Zeit, noch weitere Massnahmen zu eruieren und umzu-





setzen.

Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten, aber den Rückweisungsantrag der Minderheit Cassis zu unterstützen. Wenn dieser keine Mehrheit findet, werden wir den Einzelantrag Ingold unterstützen.

Schmid-Federer Barbara (CE, ZH): Die Sorgen vieler Menschen dieses Landes wegen steigender Gesundheitskosten sind ernst zu nehmen. Insgesamt geben wir, gedeckt durch die obligatorische Krankenversicherung, 27 Milliarden Franken für das Gesundheitswesen aus. 40 Prozent dieser enormen Summe werden im ambulanten Bereich ausgegeben: erstens bei ärztlichen Tätigkeiten im ambulanten Spitalbereich; zweitens bei ärztlichen Tätigkeiten in der spezialärztlichen ambulanten Praxis. Oder anders gesagt: Die Spezialisten im ambulanten Spitalbereich und die Spezialisten in der Arztpraxis zusammen lösen fast 40 Prozent der Ausgaben im KVG-Bereich aus.

Seit der Aufhebung des Zulassungsstopps haben 2000 Ärzte mehr als bisher eine Zulassungsnummer für eine Praxiseröffnung eingeholt. Auch wenn nicht jede vergebene Zulassung einer Praxistätigkeit entspricht, reden wir von gewaltigen Summen. Wie wir diese Kosten in den Griff bekommen könnten, wissen wir eigentlich alle. Wir könnten zum Beispiel den Kontrahierungszwang aufheben, wie dies Frau Kessler soeben gefordert hat, oder wir könnten Managed Care einführen. Beides findet im Volk keine Mehrheit und müsste längerfristig diskutiert werden. Wir könnten flexible Arzttarife einführen, wir können oder müssen die Verteilung der Taxpunkte neu überdenken. Letzteres werden wir so oder so in Angriff nehmen müssen, doch die Spezialärzteschaft leistet dagegen schon vollen Widerstand. Auch diese Änderungen brauchen Zeit.

Man mag die Frage einwerfen, warum diese Massnahmen nicht schon lange ergriffen wurden. Ja, warum nicht? So lautet die Frage an den Bundesrat. Es wurde während vieler Jahre verpasst, diese Massnahmen an die Hand zu nehmen. Wir sind allerdings überzeugt, Herr Bundesrat: Die Lage ist kritisch genug, dass Sie nun handeln werden.

Die Versäumnisse des Bundesrates können kein Grund sein, auf stur zu stellen und nichts zu unternehmen. Was in unserer Kompetenz liegt, müssen wir tun, auch wenn diese Massnahme keineswegs elegant ist. Wenn wir den absehbaren Prämienanstieg, bedingt durch eine enorme Zahl an Zahlstellenregisternummern, verhindern wollen, müssen wir handeln. Der Bundesrat schlägt nun vor, in zwei Etappen vorzugehen: erstens mit einer auf drei Jahre befristeten Steuerungsmöglichkeit und zweitens mit einer Situationsanalyse nach dem Scheitern der Managed-Care-Vorlage.

Die CVP/EVP-Fraktion spricht sich für diese zweistufige bundesrätliche Vorgehensweise aus, wenn auch ohne grosse Begeisterung. Es handelt sich um eine befristete Massnahme. Unsere Gründe dafür sind: Kantone wie Genf und Tessin sind dringend auf eine solche Massnahme angewiesen – lassen wir sie nicht im Stich. Kantone, die nicht handeln wollen, bleiben in ihrer Entscheidung frei. Für diese Lösung gibt es in den einzelnen Kantonen bereits Umsetzungsgesetze; das Rad muss also nicht neu erfunden werden. Es ist die einzige Lösung, die bisher mehrheitsfähig war, und eine klare Mehrheit der Gesundheitsdirektorenkonferenz ist damit einverstanden.

Unsere Fraktion ist bereit, dieser kurzfristigen Notlösung der Regulierung zuzustimmen, und sie ist bereit, in den kommenden drei Jahren eine mehrheitsfähige langfristige Lösung auszuarbeiten. Den Einzelantrag Ingold können wir unterstützen. Er stellt sicher, dass Ärzte, die sich um Zulassung bewerben, nachgewiesenermassen gut ausgebildet sind und nicht, wie vom Bundesrat vorgesehen, Ärzte zugelassen werden, die über keinen anderen Weiterbildungstitel verfügen.

Im Namen der CVP/EVP-Fraktion bitte ich Sie daher, auf die Vorlage einzutreten und den Einzelantrag Ingold zu unterstützen.

Gilli Yvonne (G, SG): Es ist nicht das erste Mal, dass wir über die Einführung einer Einschränkung der freiberuflichen Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten sprechen. Was ursprünglich aus Angst vor einer Masseneinwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland wegen der Personenfreizügigkeit von der Ärzteschaft selbst verlangt wurde, hat sich nach fast einem Jahrzehnt Zulassungsstopp auf dringlicher Gesetzesbasis längst als Bumerang erwiesen. Die Einwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte wurde nicht gestoppt. Sie wurde nur kanalisiert in Richtung Spitäler, deren Ambulatorien überproportional wuchsen, während gleichzeitig der prozentuale Anteil der freiberuflich tätigen Spezialärztinnen und -ärzte in der Schweiz sank. Erst spät wurde erkannt, dass die Kantone, in deren Hand die Kompetenz der Zulassungsregulierung lag, unter dem Kostendruck, unter dem die öffentlichen Spitäler stehen, ihre Ambulatorien ausbauen. Betriebswirtschaftlich können nämlich diese ärztlichen Leistungen als Einnahmen verbucht werden, da sie im Gegensatz zu den stationären Leistungen voll durch die Krankenkassen ausfinanziert sind. Dies war nicht der einzige Fehlanreiz, den wir durch die Zulassungsregulierung bewirkten, aber es war ein wichtiger.



Neben dem Spezialärztestau am Spital fehlten und fehlen in den Praxen die Hausärztinnen und -ärzte. Für Studierende der Medizin in der Schweiz ist die Zulassungsregulierung eine schwere Einschränkung ihrer Berufswahl. Die Patientinnen und Patienten sind einerseits auf eine qualitativ gute ärztliche Betreuung angewiesen, andererseits direkt betroffen von immer höheren Krankenkassenprämien, wenn ärztliche Einrichtungen sich nicht an ihren Bedürfnissen orientieren, sondern rein den Gesetzen eines wachsenden Angebotsmarktes folgen. Einmal mehr drohen die Interessen der Patientinnen und Patienten zwischen Stuhl und Bank zu fallen. Seit Ende 2011 gibt es keine Zulassungsregulierung mehr. Auch das stellt ein Problem dar, unter dem vor allem die Grenzkantone leiden. Sie mussten, ziemlich bedarfsunabhängig, eine steigende Anzahl von Praxisbewilligungen erteilen, in erster Linie an ausländische Spezialärztinnen und -ärzte, mit teilweise – im Vergleich zu schweizerischen Standards – schlechteren Ausbildungen.

Herr Bundesrat Berset hat schnell reagiert. Sie haben heute zu entscheiden, ob Sie in Form eines befristeten, dringlichen Beschlusses erneut eine Zulassungsregulierung in Kraft setzen wollen – diesmal jedoch begrenzt auf Spezialärztinnen und -ärzte.

Die Grünen bitten Sie, auf diese Vorlage einzutreten. Eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung von hoher Qualität ist ein zentrales Anliegen, auf das vor allem die Patientinnen und Patienten ein Anrecht haben. Eine Mehrheit der grünen Fraktion unterstützt den bundesrätlichen Entwurf und wertet es insbesondere als positiv, dass diese Massnahme auf drei Jahre befristet ist und dass diese drei Jahre ernsthaft zur Erarbeitung einer definitiven bedarfsorientierten Zulassungsregulierung genutzt werden sollen, welche sowohl von der Ärzteschaft als auch von den Kantonen unterstützt werden kann.

Die Haus- und Kinderärzte sind von der Zulassungsregulierung ausgenommen; auch das unterstützen die Grünen. Die Grünen unterstützen weiter, dass die angestellten und an Spitalambulatorien tätigen Ärztinnen und Ärzte mit in diese Zulassungsregulierung einbezogen werden. Nicht zuletzt ist es für die Grünen wichtig, dass nichtbenutzte Zulassungsbewilligungen innert einer gegebenen Frist wieder verfallen. Die Grünen haben aber bereits in der Vernehmlassung darauf hingewiesen, dass sich eine zukünftige Angebotssteuerung auf eine seriös erarbeitete Statistik zur ärztlichen Versorgungsdichte stützen muss, die sowohl nationale als auch regionale Bedürfnisse abdeckt und die Kantone verpflichtet, die ärztliche Versorgung mit den Nachbarkantonen zu koordinieren.

AB 2013 N 68 / BO 2013 N 68

Wir fordern nicht nur Indikatoren für eine Mengensteuerung, sondern mit gleicher Priorität auch Indikatoren für die Qualitätsentwicklung. Wir haben bereits in der Vernehmlassung mit Nachdruck darauf aufmerksam gemacht, dass wir dringend auf flankierende Massnahmen zur Kostensteuerung in den Spitalambulatorien angewiesen sind. Wie die Erfahrung gezeigt hat, werden die Kantone ohne flankierende Massnahmen auch die Zulassungsregulierung in diesem Bereich umgehen respektive nicht umsetzen.

Eine Minderheit der Grünen wird den Rückweisungsantrag der Minderheit Cassis unterstützen, und zwar im Bewusstsein, dass es für die Grenzkantone rasch einer Regulierung bedarf. Diese kann aber einfach umgesetzt werden, indem die Zulassungsbewilligung an die Verpflichtung zu einer vorgängigen Tätigkeit an einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsstätte geknüpft wird.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Der Bundesrat beantragt, den vor kurzem ausgelaufenen Zulassungsstopp wieder einzuführen. In der Botschaft wird ausgeführt, dass in den vorgesehenen drei Jahren die Auswirkungen zu untersuchen und dann wirksame Bestimmungen einzuführen seien, die zur Kosteneindämmung führen könnten. Dass man in diesem Zusammenhang den Kantonen Spielraum zugesteht, dürfte aber dazu führen, dass eine Zulassungsvielfalt entsteht, die eine vernünftige Beurteilung der Massnahme kaum möglich macht; das sei nur am Rande erwähnt. Nicht nur deswegen unterstützen wir den Nichteintretens- und den Rückweisungsantrag, sondern auch, weil wir nun seit zehn Jahren die Möglichkeit gehabt hätten, Massnahmen vorzuschlagen und zu treffen.

Seit 2001 besteht ein Zulassungsstopp. Man kennt die Auswirkungen. Also muss man zugestehen, dass der zehnjährige Stopp aufgrund der Kosten- und Angebotsentwicklung wenig bis nichts gebracht hat. Zudem ist ein Berufsausübungsverbot in dieser Art für junge Ärzte natürlich eine katastrophale Botschaft.

An dieser Stelle sei auch erwähnt und darauf hingewiesen, dass die Zahl der Ärzte – gemessen an der Einwohnerzahl, nicht absolut – in den vergangenen gut zwanzig Jahren in unserem Land weit über 50 Prozent zugenommen hat. Wenn wir 1000 Einwohner nehmen und die Zahl der Ärzte damit vergleichen, ist die Ärztedichte von 1,4 bis 1,5 Ärzten auf heute gegen 2,5 Ärzte gestiegen; wie gesagt, über 50 Prozent. Die Verteilung ist schon sehr unterschiedlich: Uri hat 1,3 Ärzte pro 1000 Einwohner, Genf über 5 Ärzte pro 1000 Einwohner. Man kann feststellen, dass für das Gesundheitswesen eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung gewünscht



wird, obwohl es dann, wenn man die Vorschläge macht, immer eine Gruppe gibt, die das nicht haben will. Aber wir sollten trotz Widerstand nicht nachlassen, Vorschläge zur Verbesserung und Stärkung des Wettbewerbs zu machen.

Mit einem Nichteintreten verbinden wir zwei Möglichkeiten, die für uns im Vordergrund stehen. Die erste Möglichkeit ist die Aufhebung des Vertragszwangs. In einem ersten Schritt könnte dies auf die Spezialisten zugeschnitten werden und für die Kassen mit einer Mindestquote als Auflage versehen werden. Aber diese Übung dürfte nicht so einfach sein und massiven Widerstand zur Folge haben. Als zweite Möglichkeit, die vielleicht eher im Vordergrund steht, könnte die Abgeltung dem Angebot entsprechend gehandhabt werden, könnten Tarife flexibel gestaltet werden. An Orten, wo es ein Überangebot gibt, können die Tarife gesenkt und an Orten, wo die Nachfrage nicht zu decken ist, können bessere Preise bezahlt werden. Das wären Massnahmen, die wirksamer wären als ein Zulassungsstopp. Es braucht etwas Mut zu unangenehmen Massnahmen, aber oberflächliche Scheinlösungen, wie sie hier wiederum vorgeschlagen werden, bringen dem Gesundheitswesen schlicht und einfach nichts.

Wir bitten Sie hier, dem Nichteintretensantrag der Minderheit de Courten zu folgen, allenfalls dem Rückweisansatz der Minderheit Cassis. Ob man dann in der Mehrheit den Anträgen zustimmt, spielt an sich keine so grosse Rolle mehr, weil die Kantone so oder so machen, was sie wollen. Die Entwicklung der vergangenen zehn Jahre hat gezeigt, dass dem Gesundheitswesen auch ein Ärztestopp nicht wirklich etwas bringt.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Ärztestopp, Zulassungsstopp, Zulassungsregulierung, Zulassungssteuerung – worüber sprechen wir eigentlich? Die Vorlage heisst "Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung". Oder einfach: Es geht um die Möglichkeit für die Kantone, neu nicht einfach nur "Ja", sondern auch "Nein" oder "Ja, aber" sagen zu können.

Wie ist die Situation heute? Heute stellt eine Ärztin, ein Arzt ein Gesuch für eine Praxisbewilligung. Der Kanton muss diesem Gesuch stattgeben, er muss immer Ja sagen, wenn die formalen Bedingungen bezüglich Ausbildung erfüllt sind. Der Kanton hat keine Möglichkeit, ein Gesuch um eine Praxisbewilligung abzulehnen. Das ist insofern bedeutungsvoll, als dieser Arzt oder diese Ärztin sofort nach Praxiseröffnung über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen kann. Die Tätigkeit wird damit sofort für die obligatorische Grundversicherung bedeutungsvoll, sprich: Wir zahlen das ab diesem Zeitpunkt sofort über unsere Krankenkassenprämien. Es ist eine Mengenausweitung, die wir alle zahlen.

Ich frage Sie: Ist das sinnvoll? Ich glaube: Nein, es ist nicht sinnvoll. Wenn wir dem einfach freie Hand geben, entsteht das, was wir heute haben. Wir haben heute zu viele Spezialärzte und zu wenige Hausärzte, und wir haben zu viele Ärztinnen und Ärzte in den Städten und zu wenige auf dem Land oder in den peripheren Regionen. Das überrascht auch nicht, denn der Gesundheitsmarkt funktioniert als Anbietermarkt – und entsprechend ist das Resultat. Der Beruf des Arztes – da möchte ich mich bei allen entschuldigen, die diesen Beruf ausüben – ist aufgrund der obligatorischen Grundversicherung ein halbstaatlicher Beruf. Deshalb funktioniert Gesundheitsversorgung eben anders als der Markt, wo man Schuhe verkauft.

Ich nenne ein paar Fakten – nicht allzu viele, denn viele wurden schon erwähnt. Die Frage ist: Gibt es das angesprochene Problem überhaupt, oder ist es ein Phantomproblem? Zwischen Januar und September 2012 wurde 1542 Gesuche um eine Praxisbewilligung eingereicht, davon gerade einmal 200 für Hausärzte. Fast all diese Gesuche wurden in den urbanen Zentren gestellt. Das heisst, die Konzentration der Praxen in den urbanen Zentren schreitet voran und die Konzentration der Spezialärztinnen und -ärzte ebenfalls.

Deshalb ist diese Vorlage wichtig. Was bringt sie? Noch einmal, es ist ganz einfach: Bund und Kantone können heute zu einem Gesuch um Praxisbewilligung nur Ja sagen. Künftig sollen die Kantone drei Möglichkeiten haben: Sie sollen weiterhin Ja sagen können, wenn der Bedarf gegeben ist; sie sollen Nein sagen können, wenn der Bedarf nicht gegeben ist; und sie sollen "Ja, aber" sagen können, wenn der Bedarf nicht dort gegeben ist, wo das Gesuch gestellt worden ist, aber an einem anderen Ort. Wenn also ein Arzt oder eine Ärztin in einem Stadtteil eine Praxis eröffnen will, in dem der Bedarf schon gedeckt ist, kann der Kanton sagen: Sorry, dort nicht, sehr wohl aber in einem anderen Stadtteil oder in einer Aussengemeinde.

Die Kantone sollen also diese drei Möglichkeiten haben; so einfach ist die Geschichte. Das heisst auch, dass nur dort ein Nein zu einem Gesuch um eine Praxisbewilligung erfolgt, wo es tatsächlich ein Problem gibt. Wenn es stimmt, was Herr Cassis sagt – dass es gar kein Problem gibt –, dann kommt die Zulassungsregulierung nicht zum Zuge, dann werden weiterhin Praxisbewilligungen erteilt. Deshalb ist es kein Berufsverbot, es ist kein Ärztestopp, es ist auch keine Blockade für junge Ärzte. Dort, wo ein Bedarf besteht, können weiterhin Praxen eröffnet werden, und die Ärzte werden ihre Tätigkeit weiterhin ausüben können. Aber es macht doch keinen Sinn, weiterhin dort Praxen zu eröffnen, wo gar kein Bedarf besteht, und sie dann über die obligatorische Grundversicherung, also mit unseren Prämien, zu bezahlen. Deshalb müssen wir handeln. Wir müssen



den Kantonen diese Freiheit geben, sodass jene Kantone, die mit dem

AB 2013 N 69 / BO 2013 N 69

Problem konfrontiert sind, handeln können. Jene Kantone, die nicht damit konfrontiert sind, werden nicht handeln müssen.

Die Vorlage ist auf drei Jahre befristet. Sie bezieht sich ausschliesslich auf die Spezialärzte; die Haus- und Kinderärzte sind nicht betroffen. Die Vorlage ist föderalistisch, sie gibt den Kantonen ein weiteres Instrument: Sie können künftig auch einmal Nein oder "Ja, aber" sagen.

Treten Sie auf diese Vorlage ein, lehnen Sie den Rückweisungsantrag ab – die definitive Lösung, das wissen Sie, wird so schnell nicht kommen, da liegen die Positionen zu weit auseinander –, und nehmen Sie den Antrag Ingold an, der die Vorlage noch verbessert.

Hess Lorenz (BD, BE): In der Diskussion über Massnahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen ist die häufigste Antwort oder der häufigste Beginn der Antwort: Ja, aber. Es heisst: Ja, selbstverständlich haben wir Handlungsbedarf. Ja, es sollte etwas getan werden, aber sicher nicht das und sicher nicht jetzt. Das war bei Managed Care so, und das wird bei den schon in der Pipeline sich befindenden Gesundheitsvorlagen dasselbe sein. So erstaunt es denn auch nicht, wenn am Schluss Lösungen zur Debatte stehen, bei denen mittlere Unzufriedenheit noch als höchstes aller Gefühle bezeichnet werden kann – etwa mit dieser Begeisterung stimmt die BDP-Fraktion mehrheitlich für Eintreten auf diese Vorlage.

Wenn wir darüber sprechen oder nun mehrfach gehört haben, dass diese Massnahme seit zehn Jahren immer wieder verlängert, verlängert und nochmals verlängert worden ist, kann man das beidseitig auslegen. Man kann sagen: Man sollte sie jetzt nicht nochmals verlängern. Auf der anderen Seite könnte man sagen: Es ist offensichtlich nicht gelungen, auch nur einen einzigen besseren Vorschlag zu entwickeln, weshalb vielleicht doch nichts anderes übrigbleibt als nochmals eine Fristverlängerung. Zudem gibt es tatsächlich Zahlen, auch wenn das bestritten wird, und Fakten, die belegen, dass diese Massnahme in der vergangenen Wirkungszeit nicht ohne Resultate geblieben ist. Die Zahl der erteilten Bewilligungen, was die Zukunft anbelangt, zeigt nach oben. Wir befinden uns in einem Angebotsmarkt, und es ist nicht von der Hand zu weisen, dass es mehr Kosten nach sich zieht, wenn wir diese Massnahme nicht verlängern und tatsächlich eine grössere Anzahl von Praxen haben. Über die Summe braucht man nicht zu streiten: In einem Anbieter- und Angebotsmarkt bestimmt schlussendlich das Angebot die Kosten.

Worum geht es? Es wurde vorhin von meiner Vorrednerin ausgeführt: Es geht um Steuerung und nicht grundsätzlich um einen Stopp. Wir haben vorhin auch von Kollege Bortoluzzi gehört, dass die Kantone ja dann sowieso machen, was sie wollen. Also wäre es verfehlt, von einem eidgenössisch verfügten Stopp zu sprechen.

Es soll eine Steuerung durch die Kantone erfolgen. Diese Steuerung ist nicht a priori dem Stopp gleichzusetzen. Ein Hauptargument, das wir gegen diese Vorlage gehört haben, lautet, dass junge Ärzte an der Berufsausübung gehindert würden. Ich glaube aber, dass das nicht explizit die Folge dieser Vorlage sein muss. Eine Steuerung durch die Kantone heisst nämlich auch, Anreize zu schaffen, wo junge Ärzte ihre Praxen eröffnen könnten, dort, wo es Bedarf hat, deshalb der Ausdruck "bedarfsgerecht". Es gibt durchaus in grösseren Kantonen die Tendenzen, dass es für eine junge Ärztin oder einen jungen Arzt weniger attraktiv ist, eine Praxis in einem abgelegenen Ort zu eröffnen als in den urbanen Zentren.

Zum Stichwort Kantone: Die Stellungnahme des Kantons Genf auf der einen Seite und die Stellungnahme des Kantons Zürich auf der anderen Seite zeigen am besten, wo wir uns etwa befinden, nämlich sehr wahrscheinlich irgendwo in der Mitte. Sehr wahrscheinlich ist es halt auch hier bei der Verlängerung nötig, dass wir wieder eine föderalistische Lösung haben, die den Kantonen, die offenbar zum Teil diametral entgegengesetzte Bedürfnisse haben, die Möglichkeit – die Möglichkeit! – gibt, steuernd einzuwirken.

In der Debatte wird oft von einem liberalen Ansatz oder sogar von Markt und Wettbewerb gesprochen. Das ist, gelinde gesagt, blauäugig, egal ob wir später zur Hausarztmedizin bzw. zum Gegenvorschlag sprechen oder ob wir jetzt zur bedarfsabhängigen Zulassung sprechen. Hier den Markt und den Wettbewerb als Argumente aufzuführen, ist nicht ganz auf der richtigen Linie, sonst müsste mir jemand zeigen, wo im Spitalwesen, im Versicherungswesen und im ganzen Gesundheitswesen irgendwo wirklich ein Markt oder ein Wettbewerb herrscht.

Zusammengefasst ist die BDP mehrheitlich für Eintreten. Es ist eine Lösung, die den Kantonen eine Möglichkeit gibt zu wirken. Es ist eine befristete Lösung. Sie birgt zudem die Auflage zur Präsentation besserer Lösungen. Wir sind für Eintreten und unterstützen bei Artikel 55a den Einzelantrag Ingold.



Cassis Ignazio (RL, TI): Ci ritroviamo qui ancora una volta, dopo dieci anni, a ripetere lo stesso tipo di dibattito che abbiamo già vissuto altre tre volte in questa sala.

È incredibile come non riusciamo ad imparare dagli errori del passato. Che cosa abbiamo raggiunto con la moratoria degli studi medici? Abbiamo ottenuto una demotivazione dei giovani medici svizzeri, che sono dovuti restare negli ospedali – non avevano altra scelta –, gonfiando così le prestazioni ambulatoriali degli ospedali; e abbiamo raggiunto che i giovani medici hanno dovuto adeguare la loro mentalità a uno statuto di medico dipendente ed hanno dimenticato quindi la prospettiva, di aprire uno studio medico e diventare un giorno un libero professionista.

C'est une politique du "stop and go": nous avons dit, il y a dix ans, qu'il fallait faire quelque chose mais sur une durée maximale de trois ans; puis nous avons arrêté et nous avons recommencé pour une période de trois ans, puis encore pour deux ans, puis nous avons à nouveau arrêté durant une année; et maintenant, nous voulons recommencer pour une période de trois ans. Cette politique du "stop and go" n'est pas durable; elle n'est pas honnête, elle n'est pas correcte envers les médecins qui sont sur le terrain et qui ont besoin d'avoir des perspectives de carrière, des perspectives de vie.

Il n'y a aucune urgence à légiférer en la matière aujourd'hui. Je ne vous dis pas que je suis sûr que dans deux ans il n'y aura pas de problème; on le saura à ce moment-là et on pourra agir. Ne faisons pas une loi sur la base d'un besoin psychologique de quelques conseillers d'Etat de quelques cantons.

Il s'agit, je le répète, de bloquer la carrière de jeunes médecins, surtout des médecins suisses, qui sont bien formés et préparés, et qui sont prêts à remplacer des médecins âgés. Ils doivent avoir le droit de commencer leur activité professionnelle.

Nous n'avons rien à perdre: si des chiffres nous prouvent, dans le futur, que le volume de facturation a augmenté ou même doublé, nous serons là et nous pourrons toujours faire une loi urgente. Mais actuellement, tout ce que nous savons, c'est qu'il y a eu un doublement des autorisations de pratiquer; c'est de la paperasse; celle-ci n'engendre pas de factures! Donc sortons de ce délire psychologique dans lequel la Suisse est tombée et disons non à une loi urgente qui n'a pas de raison d'exister tant que le problème n'est pas démontré.

Ich bitte Sie, den Nichteintretensantrag zu unterstützen und, falls eingetreten wird, den Rückweisungsantrag. Die FDP-Liberale Fraktion wird beide Anträge unterstützen und den Bundesrat beauftragen, die ganze Situation statistisch zu beobachten und die notwendigen Lösungen einzuleiten; dies aber aufgrund einer richtigen Analyse der Vor- und Nachteile und nicht auf dringlichem Weg, nachdem wir auf diesem Gebiet zehn Jahre Erfahrung haben.

Berset Alain, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral vous soumet un projet de loi qui permet de réduire temporairement – pour trois ans – la limitation des admissions à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Nous avons une situation nouvelle et exceptionnelle aujourd'hui.

AB 2013 N 70 / BO 2013 N 70

Dans ce domaine, on n'a pas eu de situation identique dans le passé, et cela vaut la peine de s'y arrêter un petit instant.

Premièrement, la clause – appelée clause du besoin – a été levée le 31 décembre 2011. L'alternative qui avait été préparée par le Parlement, c'était le projet "managed care". Ce projet a été clairement rejeté par le peuple quelques mois plus tard et donc cette possibilité de pilotage n'est plus d'actualité. Un autre élément nouveau, c'est que nous avons depuis une dizaine d'années la libre circulation des personnes et que nous avons maintenant depuis une année, pour la première fois, à la fois la libre circulation des personnes, à la fois le rejet du "managed care" et à la fois la levée de la clause du besoin. Cette situation est nouvelle depuis une année et elle a des conséquences en ce qui concerne le nombre de spécialistes qui ont demandé un numéro au registre des codes-créanciers pour pouvoir s'installer comme médecin dans le domaine ambulatoire en Suisse: nous avons pu constater que ces numéros ont fortement augmenté – dans d'autres cas on dirait qu'ils ont explosé: 896 demandes déposées en 2011, 2049 demandes déposées en 2012. Cela a plus que doublé entre 2011 et 2012 et les signaux que nous avons pour 2013 ne montrent pas que cela va ralentir; les informations que nous avons des quatorze derniers mois ne permettent pas de penser que cela va se calmer. Cela, ce sont les chiffres pour l'ensemble du pays.

Si nous regardons maintenant par région, cela peut être beaucoup plus spectaculaire. Dans le canton de Berne, 92 demandes ont été déposées en 2011 et 224 en 2012, soit largement plus du double d'une année à l'autre. Dans le canton de Genève, on a enregistré presque un triplement du nombre de demandes déposées. Dans le canton du Tessin, c'est quasiment quatre fois plus de demandes qui ont été faites en 2012 par rapport à 2011. On a constaté un doublement du nombre de demandes à Zurich.



Il faut ensuite voir que ces augmentations du nombre de demandes ne touchent pas tous les domaines de spécialisation: elles touchent de manière relativement modérée la médecine de famille, par exemple, mais elles peuvent toucher de manière très forte certaines spécialités. Prenons le cas de la radiologie. En radiologie, dans l'ensemble du pays, 15 demandes déposées en 2011 ont été acceptées, 100 en 2012. Cela représente malgré tout six fois plus. En ophtalmologie, il y a eu quatre fois plus de demandes acceptées: 35 en 2011, 131 en 2012. On parle souvent aussi de la psychiatrie et de la psychothérapie: 114 en 2011, 328 en 2012. Là, dans certains cas précis, il y a aussi eu des augmentations très importantes du nombre de demandes: dans le canton de Genève par exemple, on est passé de 14 à 70; dans celui de Berne, de 15 à 32; dans celui de Saint-Gall, de 7 à 16; dans celui du Tessin, de 5 à 20; dans celui de Zurich, de 16 à quasiment 90.

Alors on a pu dire que c'était peut-être un effet de rattrapage lié à la levée de la clause du besoin à fin 2011, ou aussi peut-être une conséquence du rejet du projet "managed care", ou encore la conséquence de facteurs en relation avec la libre circulation des personnes. L'effet de rattrapage n'est pas la seule cause. Bien sûr, ces chiffres ne disent rien au sujet du taux d'activité des praticiens, ni sur le nombre d'ouvertures réelles de cabinets, ni sur le fait de savoir si ce sont des demandes qui concernent une région sur- ou sous-provisionnée.

Il faut comprendre que le système de santé suisse est extrêmement attractif pour les fournisseurs de prestations. Ils bénéficient de l'obligation de contracter: les prestations qu'ils fournissent sont presque automatiquement remboursées. Le nombre de reconnaissances des diplômes continue de croître de manière régulière et la Suisse n'a donc rien perdu de son attractivité pour les médecins étrangers.

Parlons maintenant de l'année 2012: 845 diplômes fédéraux de médecine ont été remis en 2012; pour la même année, la Suisse a reconnu 2400 diplômes de médecins étrangers, dont plus de 1000 pour les seuls médecins allemands. Pour la première fois de notre histoire, il y a eu en 2012 plus de médecins allemands reconnus en Suisse qu'il n'y a eu de médecins qui ont été formés dans nos universités. A un moment donné, il est possible de faire des théories, mais vous comprendrez que ne pas agir, ne pas vous faire de propositions dans une telle situation de la part d'un gouvernement, ce serait irresponsable. Nous ne pouvons pas prédire précisément – Monsieur Cassis, vous avez raison – quels sont les coûts que cela engendrera dans les prochaines années. Mais ces seuls chiffres que je viens de vous citer nous permettent de craindre de manière raisonnable, prévisible, une augmentation très importante des coûts dans certaines régions. Bien sûr, tous les cantons ne sont pas touchés de la même manière; c'est absolument clair. Certains cantons pourraient être touchés très fortement, d'autres pas du tout. C'est la raison qui a poussé le Conseil fédéral à agir dans ce domaine.

Je résume la situation: plus de limitation possible aux admissions depuis un an, pas de "managed care", la libre circulation des personnes, pour la première fois en 2012 plus de médecins allemands admis à pratiquer en Suisse que de médecins formés dans les universités suisses, des explosions jusqu'à quatre, cinq, voire six fois plus de numéros déposés en 2012 par rapport à 2011 en fonction des régions ou des spécialités.

Le 28 septembre de l'année dernière, le Conseil fédéral a pris acte du fait que vous avez adopté la motion Humbel 12.3600, qui demande la réintroduction de la limitation des admissions. Ce conseil a prié le Conseil fédéral d'agir et de faire une proposition pour réintroduire la limitation des admissions. Nous avons constaté en même temps au Conseil des Etats le rejet de la motion Gutzwiller 12.3638 qui demande la liberté de contracter. Ce signal montre quand même dans quel sens le Parlement souhaite que nous agissions et nous avons souhaité agir dans cette direction, tenant compte des chiffres dont je vous ai parlé.

Le Conseil fédéral n'a pas seulement entendu le Parlement; il a entendu les cantons – la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé s'est clairement exprimée dans ce dossier –, mais aussi les demandes individuelles de toute une série de cantons qui craignent de ne pas avoir les outils pour maîtriser une possible explosion des coûts dans les années 2014 et 2015. Que faire dans un Etat fédéraliste lorsque vous avez toute une série de gouvernements cantonaux qui vous disent: "Donnez-nous la possibilité d'agir qu'aujourd'hui nous n'avons pas. Mettez un peu plus de fédéralisme dans ce système de manière à ce que nous, gouvernements cantonaux, qui maîtrisons la situation du terrain, nous puissions agir, si cela nous paraît raisonnable"? Pourquoi s'opposer alors que les cantons souhaitent et demandent à avoir une possibilité d'agir sans en avoir l'obligation?

La solution que vous propose le Conseil fédéral est plus fédéraliste que le statu quo. Le statu quo empêche des cantons comme Genève, Vaud, Bâle, le Tessin d'agir dans ce domaine alors qu'ils le souhaitent. Donc vous prendriez une responsabilité assez lourde aujourd'hui en ne soutenant pas le Conseil fédéral dans ce projet, celle de dire: "Oui, c'est vrai, nous vivons dans un pays fédéraliste mais, enfin, cette question ne doit pas pouvoir être réglée par les gouvernements cantonaux." Vous prendriez une responsabilité d'autant plus lourde si nous savons qu'ensuite les primes d'assurance-maladie sont calculées par région de prime et que ces régions de prime couvrent très souvent des cantons, et vous prendriez aussi une responsabilité très importante



en sachant que le principal élément de coûts dans les primes, c'est la médecine ambulatoire – sur l'ensemble du pays quasiment 40 pour cent des primes dépendent de l'évolution des coûts dans le domaine ambulatoire et ambulatoire hospitalier qui sont concernés par le projet du Conseil fédéral.

Les cantons n'ont pas agi sur la base de simples suppositions: ils ont agi sur la base des numéros qui sont demandés, mais ils ont aussi agi sur la base de chiffres réels qui concernent les coûts et l'évolution des coûts. Et j'ai un exemple à vous citer: Genève a présenté des chiffres qui montrent qu'en 2009 la croissance des coûts de la médecine ambulatoire était de 1,3 pour cent. L'année suivante, alors

AB 2013 N 71 / BO 2013 N 71

que la limitation des admissions pour les médecins de premier recours a été levée, la croissance des coûts était de 4,3 pour cent. Le même constat a été fait ensuite jusqu'à 6,9 pour cent. En 2012, c'est déjà 10 pour cent avec la levée du moratoire tel qu'il existait.

Ces 10 pour cent d'augmentation en 2012 dans la médecine ambulatoire à Genève ont des conséquences sur les primes, il faut être très clair là-dessus. Et là je ne vous parle pas de suppositions, ce sont les chiffres 2012, les coûts sont déjà là et il faut l'avoir en tête au moment de décider.

Avec la médecine ambulatoire, et ambulatoire hospitalière, nous parlons d'environ 38 à 40 pour cent des coûts pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Dans ces 38 à 40 pour cent, il y a l'obligation de contracter, la libre circulation des personnes, il n'y a plus de possibilité de pilotage par les cantons et il y a le rejet du "managed care", qui est un élément très important qui montre qu'il y a aujourd'hui un défaut de pilotage.

Je vous ai parlé de Genève, mais je peux parler de l'ensemble de la Suisse: en 2011, les traitements ambulatoires dans les cabinets privés ont augmenté de 1,9 pour cent; en 2012, après la levée de la clause du besoin et pour l'ensemble de la Suisse, on a presque doublé cette augmentation à 3,5 pour cent. Les chiffres publiés la semaine dernière par l'Office fédéral de la santé publique montrent clairement que pour la première fois depuis quatre ans, nous avons en 2012 de nouveau une croissance de l'augmentation des coûts de la santé. Les cantons souhaitent agir. Le mandat du Conseil national en septembre était clair et le Conseil fédéral vous propose une démarche en deux temps: la première étape, aujourd'hui, est de réintroduire rapidement quelque chose de connu, pratiqué pendant dix ans, que les cantons connaissent et qui leur laisse le choix d'intervenir ou non en fonction de leur propre situation. Réintroduire quelque chose de connu vise à recréer de la clarté dans ce domaine pour les trois prochaines années et à créer une ambiance et un climat serein qui permettent d'envisager la deuxième étape, pour laquelle le Conseil fédéral a déjà annoncé s'engager.

Cette deuxième étape serait la réflexion à plus long terme sur une manière de pouvoir piloter le domaine ambulatoire au-delà de 2015 et de le faire en recherchant de manière approfondie une solution qui permette, avec l'ensemble des partenaires de ce domaine, de trouver une solution fiable.

Il y a donc deux étapes et la situation pour vous est aujourd'hui au fond très simple: accepter ou non cette première étape. Tout projet de renvoi au Conseil fédéral ne permet pas d'avancer, parce qu'il nous propose de renvoyer la première étape en sachant que la deuxième arrive. La deuxième étape arrive de toute façon. La question que vous devez vous poser aujourd'hui, c'est de savoir si vous voulez donner aux cantons qui le souhaitent la possibilité d'agir dans les trois prochaines années ou si vous prenez la responsabilité – le risque peut-être aussi – de voir les coûts dans le domaine ambulatoire s'envoler en 2014/15 avec des évolutions de primes qui ne pourront pas être contrôlées.

En résumé, voilà comment se pose la question. Le Conseil fédéral vous propose aujourd'hui de réintroduire une possibilité de limitation pour les médecins spécialistes. Il est clair que les généralistes et les pédiatres sont exclus de cette limitation: nous souhaitons qu'il soit possible pour eux de s'installer, comme c'est le cas aujourd'hui. La commission propose également d'exclure les pharmaciens, ce qui ne nous pose aucun problème.

Au nom du Conseil fédéral, je vous propose donc d'entrer en matière, de rejeter les propositions de renvoi et ensuite d'adopter le projet tel qu'il vous est présenté par la commission.

Humbel Ruth (CE, AG), für die Kommission: Wir haben nun zwei Möglichkeiten: Wir können entweder einmal mehr nichts tun, oder wir können das im Moment einzig Mögliche gegen das ungebremste Kostenwachstum in der ambulanten Versorgung tun.

Wir haben nun wieder verschiedenste Rezepte gehört, wie man es besser und anders tun könnte. Es wurde die Vertragsfreiheit erwähnt. Der Bundesrat hat in einer Vorlage 2004 die Auflösung des Vertragszwangs vorgelegt; es war dieses Parlament, welches nicht auf diese Vorlage eingetreten ist. Wir haben eine Lösung mit Managed Care gefunden; es war das Volk, das, nach heftiger Opposition der Ärzteschaft, diese Vorlage nicht gewollt hat.



Es wurde an Vertragslösungen, an die Tarifpartner appelliert; ich erinnere Sie daran, dass wir dem Bundesrat eine gesetzliche Kompetenz geben mussten, damit er in diese autonome Verhandlungssituation eingreifen kann. Die Eidgenössische Finanzkontrolle musste einen Bericht zu den Schieflagen von Tarmed machen, weil die Vertragspartner offenbar nicht in der Lage sind, angemessene Lösungen zu finden. Wir haben also im Moment keine Alternativen.

Hilflos ist ja auch die Gegnerschaft. Wir wurden mit Briefen seitens der Ärzteschaft eingedeckt. Ich zitiere nur aus einem Brief, aus demjenigen des Verbandes chirurgisch und invasiv tätiger Fachgesellschaften. Es heisst dort: Wenn der Bundesrat diese grundsätzliche Frage – also die Frage der Zulassungssteuerung – nicht endlich mutig angeht, wird sich die Politik weiter im Kreis drehen und unbrauchbare Rezepte wie Zulassungsstopp oder Aufhebung des Kontrahierungszwangs liefern. Sie sehen: Alle wissen, was wir nicht wollen oder was nicht geschehen soll, aber niemand bietet ein Rezept, das mehrheits- und auch referendumsfähig wäre.

Zu den Zahlen: Man kann Realitäten zur Kenntnis nehmen und anerkennen, oder man kann sie einfach ignorieren. Ich möchte Sie nicht nochmals mit vielen Zahlen belästigen, Herr Berset hat die Kostenentwicklung aufgezeigt. Nur zwei Elemente: Es geht nicht nur um die Zulassungsnummern, sondern es geht auch um die Zunahme der effektiv tätigen und abrechnenden Ärzte. Diese haben in den Jahren der Zulassungssteuerung bis 2011 pro Jahr um 1,9 Prozent zugenommen. Im letzten Jahr, 2012, waren es 8,6 Prozent Ärzte mehr, die zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abgerechnet haben. Auch die Kosten sind im ambulanten Bereich angestiegen. Es ist nicht so, wie behauptet wurde, dass wir nichts wissen. Wir haben die neuesten Zahlen der Statistik, und diese zeigen, dass die Kosten im ambulanten Bereich in der obligatorischen Krankenversicherung im letzten Jahr um 3,51 Prozent angestiegen sind, während es in den Vorjahren durchschnittlich 1,94 Prozent waren.

Es wurde hier kritisiert, es gehe um ein Berufsverbot und eine Behinderung junger Ärztinnen und Ärzte. Es geht aber nicht um einen Zulassungsstopp, sondern die Vorlage spricht klar von einer "bedarfsabhängigen Zulassung". Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass sämtliche Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich voll zulasten der obligatorischen Krankenversicherung oder einer anderen Sozialversicherung oder über Steuern finanziert tätig sind und dass es sehr wohl angezeigt ist, beim Angebot eine gewisse Steuerung vorzunehmen. Spezialärzten, für die kein objektiver Bedarf besteht und die nicht zur Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung beitragen, sondern nur vermeidbare Kosten verursachen, sollen die Kantone die Zulassung verweigern können.

Wer behauptet, es bestehe kein Handlungsbedarf, verkennt die Situation in einzelnen Kantonen, vor allem in Grenzkantonen, wie jetzt mehrmals darauf hingewiesen worden ist. Diese Kantone sind darauf angewiesen, etwas tun zu können.

Es geht um eine Zulassungssteuerung, um ein Instrument, das den Kantonen in die Hände gegeben werden soll. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz und neunzehn Kantone unterstützen diese Lösung – eine föderalistische Lösung. Hausärzte sind, wie gesagt, ausgenommen. Ich möchte alle Gegner darauf hinweisen, dass die Vorlage für drei Jahre gelten soll, und ich möchte vor allem auch die Ärzteschaft ansprechen und sie bitten, in diesen drei Jahren mitzuhelfen, eine für alle tragbare und akzeptierbare Lösung zu finden. Im Moment haben wir keine bessere Lösung.

AB 2013 N 72 / BO 2013 N 72

Ich bitte Sie, mindestens all jene, die etwas gegen das überproportionale Kostenwachstum im Gesundheitswesen tun wollen, jetzt dieser Vorlage zuzustimmen und den Kantonen wieder die Möglichkeit einer Zulassungssteuerung zurückzugeben.

van Singer Christian (G, VD), pour la commission: Nous avons entendu certains de nos collègues dire: "Laissons faire! Pour l'instant, ce ne sont que des demandes d'autorisation qui sont enregistrées. Il n'y a pas encore des milliers de cabinets supplémentaires, ni une explosion des coûts." Mais si on laisse faire, après il sera trop tard. Si des milliers de médecins spécialistes viennent de l'Union européenne pour s'installer en Suisse, ils ne repartiront pas après.

Déjà en septembre 2011, Monsieur Hiltbold déposait l'interpellation 11.3892 avec le texte suivant: "Compte tenu de la fin du moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux pour fin 2011, je prie le Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes.

1. Prévoit-il une ouverture massive de nouveaux cabinets médicaux dès 2012?
2. Estime-t-il dans l'affirmative que ces nouveaux cabinets s'ouvriront aussi bien dans les grandes villes que hors de ces villes, dans les campagnes? Et sinon, quels moyens propose-t-il pour y parvenir?
3. Quel impact aura la fin de ce moratoire sur les primes d'assurance-maladie dans les grands cantons ro-



mands, Genève et Vaud notamment?"

Notre collègue était prévoyant en posant ces questions. Le Conseil fédéral avait une réponse: les réseaux de soins, davantage de pouvoir pour nos assurances de choisir les factures de quels médecins elles entendaient rembourser. Le peuple n'a pas voulu de cette solution. Alors maintenant, il faut en trouver une autre. On ne peut pas simplement laisser aller et constater dans deux ou trois ans que les primes auront de nouveau explosé, qu'il y a de nouveau une augmentation à deux chiffres – plus de 10 pour cent d'augmentation des primes. On reprochera au Parlement de n'avoir rien fait, de ne pas avoir suivi le Conseil fédéral qui proposait de laisser décider les cantons qui souhaitent orienter l'admission de nouveaux médecins et qui souhaitent dire oui aux généralistes. Ce projet ne touche ni les médecins généralistes ni l'installation de pédiatres, mais dit "Stop!" à l'installation de spécialistes supplémentaires dans les villes et dans les cantons où il y en a déjà trop.

Je vous rappelle le chiffre donné par le conseiller fédéral Berset tout à l'heure: en 2012, nous avons formé en Suisse 845 médecins supplémentaires; plus de 2400 médecins étrangers ont obtenu l'autorisation de pratiquer en Suisse, dont plus de 1000 médecins allemands. Je n'ai rien contre cet état de fait; c'est la loi de la libre circulation! Si seulement cela répondait à un besoin, si seulement cela permettait à des généralistes étrangers de s'installer dans les campagnes où nous en manquons! Mais ce n'est pas ce qui se passe. Il y a un afflux massif de spécialistes alors qu'il y a déjà pléthore.

Il est important d'accepter ce projet et de trouver peut-être une meilleure solution durant ces trois années. Mais donnons la possibilité aux cantons qui en ont besoin d'agir. Je vous invite à entrer en matière.

Cassis Ignazio (RL, TI): Monsieur van Singer, vous avez dit que si on laissait faire, après il serait trop tard. C'est apocalyptique! Il y a dix ans, on avait dit la même chose. Madame Humbel, votre collègue rapporteure, vient de dire qu'on doit lutter contre la hausse des coûts. Est-ce que vous estimez qu'au cours des dix dernières années, nous avons, grâce à cette mesure qui était en vigueur, empêché la hausse des coûts dans le domaine de la médecine ambulatoire?

van Singer Christian (G, VD), pour la commission: Ce que je peux vous dire, c'est que dans notre canton, sous la direction du conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, on a pu limiter la croissance des coûts, en tout cas dans le domaine ambulatoire hospitalier. Mais je suis d'accord avec vous: ce n'est pas la solution parfaite. Toutefois, on ne peut pas simplement dire, on ne fait rien, et je suis convaincu que nous allons tous chercher une meilleure solution et que vous allez y contribuer. Mais on ne peut pas décider de ne rien faire pour l'instant, d'attendre que les coûts explosent en se disant que, dans trois ans, on aura une meilleure solution.

Präsidentin (Graf Maya, Präsidentin): Wir stimmen zunächst über den Nichteintretensantrag der Minderheit de Courten ab.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.092/8516)

Für Eintreten ... 106 Stimmen

Dagegen ... 74 Stimmen

Präsidentin (Graf Maya, Präsidentin): Wir stimmen nun über den Rückweisungsantrag der Minderheit Cassis ab.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.092/8517)

Für den Antrag der Minderheit ... 89 Stimmen

Dagegen ... 94 Stimmen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung)

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Réintroduction temporaire de l'admission selon le besoin)

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission





Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 55a

Antrag der Kommission

Abs. 1

...

a. Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 36, ob ...

...

Abs. 2–4

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 5

... wenn nicht innerhalb von sechs Monaten von ihr Gebrauch gemacht wird, ausser ...

Antrag Ingold

Abs. 2

Kein Bedürfnisnachweis ist erforderlich für Personen, welche mindestens fünf Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben sowie für Personen, welche über einen der folgenden eidgenössischen Weiterbildungstitel verfügen:

...

b. Streichen

...

Art. 55a

Proposition de la commission

Al. 1

...

a. les médecins visés à l'article 36, qu'ils ...

...

Al. 2–4

Adhérer au projet du Conseil fédéral

AB 2013 N 73 / BO 2013 N 73

Al. 5

... pas usage dans un délai de six mois, sauf ...

Proposition Ingold

Al. 2

Ne sont pas soumises à la clause du besoin les personnes qui ont exercé pendant au moins cinq ans dans un établissement suisse de formation reconnu et les personnes qui sont titulaires d'un des titres postgrades fédéraux suivants:

...

b. Biffer

...

Ingold Maja (CE, ZH): Für bestimmte Personen ist gemäss Entwurf kein Bedürfnisnachweis erforderlich. Es ist richtig, dass die Zulassungsbeschränkung nicht für alle gelten soll. Der Bundesrat bezeichnet in Artikel 55a Absatz 2 Gruppen, für die kein Bedürfnisnachweis erforderlich ist: Unter Buchstabe a nennt er die Allgemeinmediziner, die Hausärzte, unter Buchstabe c die Kinder- und Jugendmediziner und unter Buchstabe b praktische Ärztinnen und Ärzte, die über keinen anderen Weiterbildungstitel verfügen.



Die Qualität der Ausbildung der Leistungserbringer und Grundversorger ist für unser Gesundheitswesen von grosser Wichtigkeit. Dass gerade dieser weniger gut ausgebildeten Gruppe der Bedürfnisnachweis erlassen werden soll, ist für mich nicht nachvollziehbar. Deshalb beantrage ich, diesen Buchstaben b zu streichen. Vielmehr sollte eine Gruppe berücksichtigt werden, die sich in einer fundierten und anerkannten fünfjährigen Aus- und Weiterbildung auf die Praxis vorbereitet hat. In dieser Gruppe sind junge, gutausgebildete Ärztinnen und Ärzte, denen der Einstieg in die Praxis nicht verwehrt werden soll. Für diese Gruppe sollte kein Bedürfnisnachweis nötig sein. Ich beantrage, Artikel 55a Absatz 2 entsprechend anzupassen.

Die zwei Anpassungen kommen mehreren berechtigten Anliegen entgegen: jenen der Ärzteverbände und jenen der Belegärzte der Spitäler. Es wird damit eine Hürde geschaffen, die einen direkten Nutzen für die Patienten mit sich bringt. Die Ärzte, die sich für die Zulassung bewerben, sind damit nachgewiesenermassen gut ausgebildet und haben gleichzeitig bessere Kenntnisse von Sprache, Kultur und Lebensart der Schweizer Bevölkerung erworben. Für die in anerkannten schweizerischen Ausbildungsstätten aus- und weitergebildeten ärztlichen Fachleute ist damit die Tür offen für eine Bewilligung ihrer Wahl. Wird diesen Ärzten die Zulassung erschwert, verbleiben sie in den Spitälern und erweitern dort die ambulante Versorgung, was nicht im Sinne einer effizienten Steuerung im Gesundheitswesen ist.

Ich danke Ihnen, wenn Sie meinem Antrag zustimmen.

Gilli Yvonne (G, SG): Die grüne Fraktion bittet Sie, diesen Einzelantrag zu unterstützen, weil er eine entscheidende Schwäche der neuen Zulassungsregulierung ausmerzt, nämlich diejenige, dass eben schlechter qualifizierte Ärztinnen und Ärzte direkt aus dem Ausland eine Praxistätigkeit aufnehmen können, wenn sie hausärztlich oder in einer spezialärztlichen Disziplin arbeiten, die nicht von einer Überversorgung betroffen ist. Es ist uns ein Anliegen, dass die Patientinnen und Patienten in der ärztlichen Praxis von Ärztinnen und Ärzten versorgt werden, die Erfahrung mit der Kultur der schweizerischen ärztlichen Versorgung haben und deswegen auch einen beträchtlichen Teil ihrer Weiterbildung in der Schweiz absolviert haben. Damit sichern wir die Qualität der ärztlichen Versorgung für die Zukunft.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Diesen Antrag kann man unterstützen. Er ist mindestens keine Verschlechterung der Vorlage, er ändert sie im Grundsatz nicht. Immerhin führt diese Korrektur allenfalls zu einer Differenz mit dem Ständerat und verzögert die Übung, und das ist ja nicht so schlecht.

Moret Isabelle (RL, VD): Le groupe libéral-radical préférerait la solution du renvoi au Conseil fédéral, qui aurait permis de trouver une solution plus appropriée. Néanmoins, la proposition Ingold est intéressante, parce que la plupart des jeunes médecins suisses ont fait un passage de cinq ans dans un établissement suisse de formation reconnu. Ce serait une manière pour ces jeunes médecins de ne pas perdre leur rêve de pouvoir un jour, lorsqu'ils le désireront et en fonction de leur situation personnelle ou familiale, s'installer comme médecin indépendant.

Le groupe libéral-radical soutiendra cette proposition.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Auch im Namen der SP-Fraktion kann ich Ihnen mitteilen, dass wir diesem Antrag zustimmen. Vielleicht ist es noch nicht die endgültige Formulierung und Version, wie sie dann am Schluss vorliegen wird, aber der Antrag geht in die richtige Richtung: der Stärkung der Qualität der Ärztinnen und Ärzte sowie der besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten. Es wird dann am Ständerat sein, die Diskussion noch einmal à fond zu führen, aber das ist, glaube ich, auch im Sinne der Antragstellerin. In diesem Sinne stimmen wir dem Antrag zu.

Berset Alain, conseiller fédéral: Cette proposition n'a pas été discutée en profondeur en commission et donc il est difficile pour moi de vous donner tous les détails sur les conséquences qu'elle pourrait avoir. Au cas où vous l'accepteriez – et il semble, si j'entends ce qui se passe, qu'il pourrait se dégager une majorité assez claire pour cette proposition –, il faudrait alors l'étudier en détail et voir quelles sont ses conséquences. En première analyse, nous arrivons à la conclusion qu'elle pourrait poser des difficultés avec l'Accord sur la libre circulation des personnes et qu'elle pourrait engendrer une discrimination à l'égard des médecins qui ont été formés à l'étranger, ce qui pourrait poser des problèmes avec cet accord.

Je vous invite donc, au nom du Conseil fédéral et aussi parce que l'on n'a pas pu se pencher en détail sur cette proposition, à la rejeter. Au cas où vous l'accepteriez, on l'étudierait en détail pour voir quelles en seraient les conséquences.

Humbel Ruth (CE, AG), für die Kommission: Wir haben diesen Antrag in dieser Form in der Kommission nicht behandelt. Ich kann Ihnen namens der Kommission daher keine Empfehlung abgeben. Wir haben die



Frage der Qualitätsanforderungen nur grundsätzlich andiskutiert, weil dieser Aspekt ja in der nächsten Phase der Suche nach einer definitiven Lösung das zentrale Merkmal sein soll. Dieser Antrag würde natürlich das Argument entkräften, dass jungen Schweizer Ärzten der Zugang zur Praxis verwehrt würde; denn wenn sie diese Anforderungen erfüllen, hätten sie Zugang zur freien Arztpraxis.

Erlauben Sie mir noch zwei Bemerkungen zu abweichenden Bestimmungen in der Vorlage gegenüber der früheren Fassung: Bei Artikel 55a Absatz 5 haben wir die Bestimmung ins Gesetz aufgenommen, dass die Zulassung verfällt, wenn innerhalb einer Frist von sechs Monaten kein Gebrauch davon gemacht wird. Das war bisher auf Verordnungsebene die Regelung. In Absatz 1 der Übergangsbestimmung wird geregelt, dass Ärzte in eigener Praxis zulasten der Krankenversicherung tätig sein müssen; es wird "in eigener Praxis" ergänzt. Das bedeutet, dass es nicht ausreicht, wenn ein Arzt einmal irgendeine Laborposition oder eine kleine ärztliche Leistung verrechnet, um zulasten der Krankenversicherer tätig zu sein. Vielmehr muss der Arzt dafür sein Haupteinkommen aus selbstständiger Tätigkeit in eigener Praxis erwerben.

Nach der Übergangsbestimmung gilt die bedarfsabhängige Zulassung auch für Einrichtungen gemäss Artikel 36a KVG sowie für Spitalambulatorien. Das war auch vor der Aufhebung der Zulassungssteuerung der Fall. Es wurde jetzt verschiedentlich die Frage gestellt, wem die Zulassung gehöre, wenn der Arzt das Ambulatorium verlasse: dem Arzt oder dem Spital bzw. der Institution. Diese Frage lässt sich wie folgt beantworten: Wenn ein Arzt eine Privatpraxis am Spital hat und mit eigener Zahlstellenregisternummer zulasten der OKP abrechnet, dann nimmt er seine Zulassung mit. Das

AB 2013 N 74 / BO 2013 N 74

heisst, ein Bedürfnisnachweis ist nach Absatz 1 der Übergangsbestimmung nicht erforderlich.

Arbeitet ein Arzt im Spitalambulatorium und rechnet das Spital seine Leistungen ab, dann kann er seine Zulassung nicht mitnehmen; der Bedürfnisnachweis kommt für das Spitalambulatorium zur Anwendung. Einzig, wenn der Arzt dort tätig bleibt, gilt Absatz 2 der Übergangsbestimmung. Das gilt natürlich nur dann, wenn die Kantone generell die Bedarfsklausel anwenden. Ich habe dies ausgeführt, weil verschiedentlich schon die Frage gestellt worden ist, wie sich die Zulassungssteuerung im Spital in Bezug auf Belegärzte verhält. Dazu ist zusammenfassend festzuhalten, dass es darauf ankommt, wer die Leistungen abrechnet, ob dies der Arzt selber tut oder das Spital.

van Singer Christian (G, VD), pour la commission: L'idée de favoriser l'installation de médecins bien formés ne peut qu'être accueillie positivement. La compatibilité de cette proposition avec l'Accord sur la libre circulation des personnes pourra être vérifiée avant le débat au Conseil des Etats.

Cette proposition n'ayant pas été discutée en commission, je n'ai pas de recommandation de vote à donner.

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.092/8518)

Für den Antrag Ingold ... 180 Stimmen

Für den Antrag der Kommission ... 1 Stimme

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. II

Antrag der Kommission

Abs. 1

... für Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Änderung vom ... nach Artikel 36 zugelassen wurden und in eigener Praxis zulasten ...

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. II

Proposition de la commission

Al. 1

Les médecins qui ont été admis en vertu de l'article 36 et ont pratiqué dans leur propre cabinet à la charge ...

Al. 2





Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Ziff. III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. III

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Graf Maya, Präsidentin): Nach Artikel 77 Absatz 1 des Parlamentsgesetzes wird die Dringlichkeitsklausel von der Gesamtabstimmung ausgenommen. Die Abstimmung über die Dringlichkeitsklausel werden wir vornehmen, nachdem sich der Ständerat über die Vorlage ausgesprochen hat. Die Gesamtabstimmung beschränkt sich also auf die Ziffern I und II der Vorlage.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 12.092/8519)

Für Annahme des Entwurfes ... 103 Stimmen

Dagegen ... 76 Stimmen