



13.433

## Parlamentarische Initiative

Feller Olivier.

### Keine Benachteiligung von Fachärztinnen und Fachärzten für allgemeine innere Medizin mit einem zweiten Facharzttitel

## Initiative parlementaire

Feller Olivier.

### Non-discrimination des médecins spécialistes en médecine interne générale titulaires d'un deuxième titre de spécialiste

*Vorprüfung – Examen préalable*

#### CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 08.09.14 (VORPRÜFUNG - EXAMEN PRÉALABLE)

#### *Antrag der Mehrheit*

Der Initiative keine Folge geben

#### *Antrag der Minderheit*

(Steiert, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Heim, Moret, Parmelin, Rossini, Schenker Silvia, van Singer)  
Der Initiative Folge geben

#### *Proposition de la majorité*

Ne pas donner suite à l'initiative

#### *Proposition de la minorité*

(Steiert, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Heim, Moret, Parmelin, Rossini, Schenker Silvia, van Singer)  
Donner suite à l'initiative

**Präsident** (Lustenberger Ruedi, Präsident): Sie haben einen schriftlichen Bericht der Kommission erhalten.

**Feller Olivier** (RL, VD): De quoi s'agit-il? Il se trouve que les assureurs-maladie peuvent prévoir l'obligation pour un assuré de consulter en premier lieu un médecin spécialiste en médecine interne générale ou un médecin de premier recours en contrepartie d'un rabais de prime. C'est un modèle qui est prévu dans la loi sur l'assurance-maladie et c'est un modèle qui s'est même considérablement développé au cours des dernières années. Le problème est que certains assureurs excluent de la liste des médecins de premier recours les spécialistes en médecine interne générale qui sont porteurs d'un deuxième titre de spécialiste, comme la rhumatologie ou l'allergologie. Cette façon de faire est inéquitable.

Concrètement, qu'est-ce que cela signifie? Cela signifie que vous êtes un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en médecine interne générale, vous soignez des patients avec compétence, tout le monde est content de vous – les patients, les assureurs, les autorités cantonales, l'Office fédéral de la santé publique – et au seul motif que vous êtes par ailleurs porteur d'un deuxième titre de spécialiste et que vous soignez quelques patients, par exemple comme rhumatologue ou comme allergologue, vous êtes exclu de la liste des médecins de premier recours. C'est manifestement inéquitable pour les médecins concernés. C'est aussi in-





équitable pour les patients des médecins concernés qui peuvent être amenés subitement, voire brutalement, à devoir changer de médecin de premier recours. D'ailleurs, même sur le plan juridique, la manière de traiter ces médecins est discutable puisqu'en vertu de l'article 41 alinéa 4 de la loi sur l'assurance-maladie, l'assureur doit choisir ou écarter les médecins selon le seul critère du coût et non pas en fonction d'un critère lié au cursus académique.

AB 2014 N 1339 / BO 2014 N 1339

Par ailleurs, il est de notoriété publique qu'il existe aujourd'hui déjà une pénurie de médecins de premier recours, y compris dans les régions urbaines.

D'ailleurs, récemment, le Conseil fédéral a décidé de s'impliquer directement dans la question du tarif Tarmed en vue d'augmenter, à hauteur de 200 millions de francs, la rémunération des médecins de premier recours, des médecins de famille.

Dans ces circonstances, il m'apparaît comme étant particulièrement insensé d'exclure de la liste des médecins de premier recours des médecins généralistes, au seul motif que ceux-ci sont porteurs d'un deuxième titre de spécialiste, comme l'allergologie.

Vous me demanderez peut-être pourquoi, au fond, un libéral-radical passe par une initiative parlementaire. Pourquoi modifier la LAMal? Il y a un problème pratique qui se pose aujourd'hui: la seule issue possible, le seul remède au problème, c'est que le Parlement légifère en modifiant la LAMal. Plusieurs parlementaires cantonaux sont intervenus dans leurs parlements respectifs pour interpeller leur gouvernement cantonal afin de savoir s'il était possible de modifier la pratique de certains assureurs. Eh bien, les gouvernements cantonaux ont déclaré qu'ils n'étaient pas compétents en la matière dès lors que la problématique relève de la compétence de la Confédération.

Un certain nombre de médecins, notamment les membres de l'Association des médecins du canton de Genève, ont sollicité l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui est l'autorité de surveillance des assureurs-maladie en matière d'assurance obligatoire des soins. Or il se trouve que l'OFSP a considéré qu'il n'était pas compétent pour intervenir afin d'éviter que des médecins porteurs de deux titres de spécialiste soient exclus des listes des médecins généralistes.

Donc les cantons ne sont pas compétents, le Conseil fédéral, l'administration fédérale, l'OFSP considèrent qu'ils ne sont pas compétents! Dès lors, le seul remède au problème, reconnu largement, c'est de passer par le Parlement. C'est vous qui pouvez, en corrigeant la LAMal, éviter que ces médecins et leurs patients continuent d'être traités de façon inéquitable.

C'est pourquoi je me permets de vous inviter à donner suite à mon initiative parlementaire.

**Steiert** Jean-François (S, FR): Ich möchte zuerst meine Interessenbindung darlegen: Ich bin Vizepräsident des Dachverbandes schweizerischer Patientenstellen. Patientinnen und Patienten haben bei der parlamentarischen Initiative Feller ein direktes Interesse, denn wenn sie betroffen sind, werden sie gezwungen, den Arzt oder die Ärztin zu wechseln, zum Teil trotz eines langen Vertrauensverhältnisses. Sie sind die ersten Opfer der willkürlichen Praxis der Kassen, die Kollega Feller mit seiner parlamentarischen Initiative anspricht.

Worum geht es bei dieser Initiative? Es gibt in der ganzen Schweiz – vorab in der Westschweiz, inzwischen aber auch in verschiedenen Deutschschweizer Kantonen – Patientinnen und Patienten, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein sogenanntes Listenmodell beanspruchen und über dieses Modell grundsätzlich das Anrecht haben, sich von den betreffenden Ärzten und Ärztinnen behandeln zu lassen. Wir stellen aber fest, dass mehrere Versicherer – darunter zumindest ein grosser, der fast 10 Prozent der schweizerischen Versicherten bei sich hat, die Assura – vor einiger Zeit die unangenehme Praxis entwickelt haben, aus ihren Listen systematisch Ärzte zu streichen, die zwar Generalisten sind, d. h. Hausärzte, daneben aber einen zweiten Titel haben. Diese Praxis ist relativ willkürlich; ich gehe auf die Frage, warum sie das ist, kurz ein.

Sie ist in erster Linie willkürlich, weil sie nicht auf den sogenannten WZW-Kriterien des Krankenversicherungsgesetzes beruht. Es ist grundsätzlich möglich, Listen zu machen, und der Versicherer ist bei ihrer Gestaltung relativ frei, aber er muss nachweisen und belegen, dass die Liste mit den drei Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) zu tun hat. Es ist aber evident, dass dies hier nicht der Fall ist; man kann nicht erklären, warum ausgerechnet sämtliche Ärzte, die einen zweiten Titel haben, teurer sein sollen als die anderen. Das wurde auch nirgends nachgewiesen. In der Kommission hatten wir im Übrigen das hübsche Beispiel eines Basler Arztes, der zu 95 Prozent als Hausarzt arbeitet, daneben dummerweise aber noch zu 5 Prozent als Tropenarzt. Wegen dieser 5 Prozent soll er nun so teuer sein, dass er aus der Liste fliegt? Das glaubt kein seriöser Mensch, der das System einigermaßen kennt. Dieses Beispiel belegt auf etwas absurde Weise die Willkür der Praxis dieser Versicherer.





Meines Erachtens ist die heutige Praxis widerrechtlich; das ist auch die Einschätzung verschiedener Ärztegesellschaften. Das Bundesamt für Gesundheit, das eigentlich intervenieren könnte, kann dies aus verschiedenen formellen Gründen nicht tun. Der Initiator hat dargelegt, welches die Gründe sind. Wegen dieser Gründe hat er die parlamentarische Initiative auch eingereicht.

Ich bin kein Freund unnötiger Gesetzesbestimmungen, aber diese Initiative ist eigentlich schon aufgrund ihrer Urhebererschaft unverdächtig.

En droit, les quatre éléments qui plaident pour une suite favorable à cette initiative sont les suivants. Selon l'article 41 LAMal, une éventuelle restriction du libre choix doit reposer sur des critères rationnels, notamment une prise en charge plus avantageuse en termes de coûts.

Les modèles de médecins de famille font partie de l'assurance obligatoire des soins. L'assureur est ainsi indirectement un intermédiaire de l'Etat et, à ce titre, il ne peut ni agir de manière arbitraire, ni violer le principe fondamental d'égalité de traitement.

Les porteurs de deux titres participent au service de garde et d'urgence. En les excluant, on réduit, dans un domaine qui est d'ores et déjà limité par le nombre insuffisant de personnes, le nombre de femmes et d'hommes médecins qui rendent service à la collectivité et on accentue le problème du traitement des urgences.

Enfin, les patients dont le médecin de famille est porteur de deux titres doivent pouvoir accéder au modèle du médecin de famille sans devoir changer de médecin. Nous avons aujourd'hui des cas où des patientes ou des patients qui ont atteint l'âge de 65, 70, 75 ans se voient, au milieu de l'année, confrontés à la nécessité de changer de médecin, parce qu'un médecin est éjecté de la liste. Imaginez le scénario: vous avez une relation de confiance avec votre médecin, qui s'est construite sur des décennies, et on vous dit: "Pas de ça, Lisette! Vous devez changer de médecin!" Si on dit que cela pose problème, on nous répond qu'il suffit de changer d'assureur. Expliquez à une dame de 75 ans qui a des complémentaires, qui est soignée régulièrement par son médecin, qu'il faut changer d'assureur! Juridiquement, c'est juste, mais tellement éloigné de la pratique quotidienne que nous vivons toutes et tous.

Es wurde gesagt, das betreffe nur die Romandie: Das ist heute nicht der Fall, es treten immer mehr Fälle auch in der deutschen Schweiz auf. Es wurde gesagt, es sei nur ein Versicherer: Wir wissen erstens nicht, ob es nur einer ist, und zweitens betrifft es mit diesem einen Versicherer fast 10 Prozent der Versicherten in der Schweiz und ist damit durchaus systemrelevant. Es wird auch gesagt, Unzufriedene könnten einfach wechseln: Jeder weiss, dass Leute, die seit Langem in Behandlung sind, älter sind, krank sind und die auch noch Zusatzversicherungen haben, faktisch kaum die Möglichkeit haben, den Versicherer zu wechseln. Wer im heutigen System im Wesentlichen wechselt, sind junge gesunde Männer – das ist so.

Wir sind in einer Phase der politischen Auseinandersetzung über ein anderes Thema, bei dem es sehr stark um die freie Arztwahl geht. Die Gegner wie die Befürworter der öffentlichen Krankenkasse sagen, sie seien für die freie Arztwahl – die anderen seien dagegen, aber sie seien dafür. Das ist bemerkenswert, denn wir haben heute die Möglichkeit, einen politischen Lackmusest zur freien Arztwahl zu absolvieren, zu der sich eigentlich fast alle hier im Saal bekennen. Wer tatsächlich meint, der Versicherer solle nicht anstelle des Versicherten den Arzt nach willkürlichen Kriterien

AB 2014 N 1340 / BO 2014 N 1340

auswählen, der muss heute der parlamentarischen Initiative Feller Folge geben.

**Schmid-Federer** Barbara (CE, ZH), pour la commission: Déposée le 18 juin 2013, l'initiative parlementaire prévoit une modification de la loi sur l'assurance-maladie de manière à empêcher l'exclusion des médecins spécialistes en médecine interne générale titulaires d'un deuxième titre de spécialiste de la liste des médecins de premier recours établie par les assureurs sur la base de l'article 41 alinéa 4 LAMal.

Actuellement, les assurés peuvent s'affilier à un modèle de médecins de famille, ce qui limite leurs droits de choisir leurs fournisseurs de prestations. En contrepartie, les assurés obtiennent un rabais de prime. Selon l'initiative, le problème réside dans le fait que certains assureurs excluent de la liste des médecins de premier recours les médecins spécialistes en médecine interne générale et titulaires d'un deuxième titre de spécialiste, par exemple dans les domaines de l'allergologie, de l'immunologie ou de la rhumatologie.

L'auteur de l'initiative constate que la limitation du choix de médecins autorisés par la LAMal ne se justifie que par les coûts des prestations. D'autres critères comme la formation des médecins sont exclus. Or, les médecins spécialistes savent très bien séparer leur activité de spécialiste de celle de médecin de premier recours.

Après avoir examiné l'initiative lors de sa séance du 13 août 2014, la commission vous recommande, par 12 voix contre 9 et 3 abstentions, de ne pas donner suite à l'initiative et, par 19 voix contre 2 et 1 abstention,



d'adresser une lettre au Conseil fédéral, mettant en lumière cette situation.

La majorité de la commission estime que la base légale en vigueur ne doit pas être modifiée. En vertu de l'article 62 LAMal, les assureurs sont libres de proposer à leurs assurés des formes particulières d'assurance. Ils peuvent ainsi aménager leurs offres comme ils l'entendent et donc choisir eux-mêmes les médecins de premier recours présents sur les listes qu'ils établissent dans le cadre du modèle du médecin de famille. L'obligation de contracter ne s'applique pas dans ce cas. Les assurés qui pâtissent de cette situation, par exemple parce que leur médecin de famille ne figure pas sur la liste, ont toujours la possibilité de changer d'assureur.

A la connaissance de la commission, le problème soulevé par l'auteur de l'initiative ne concerne que la Suisse romande, et plus précisément la société Assura. Il touche donc peu de médecins, c'est la raison pour laquelle il serait inopportun de mettre en place une "lex Assura". La commission reconnaît toutefois que la pratique de cet assureur est problématique.

Il est en principe possible d'être titulaire de deux titres et de dispenser des soins de santé primaires pouvant être pris en considération dans des conditions normales d'assurance.

Lorsqu'il est question de définir un modèle de soins particulier, il ne s'agit pas d'exclure des spécialisations médicales concrètes, mais plutôt d'appliquer le critère de soins de manière aussi avantageuse que possible. Un médecin spécialiste en médecine générale n'est pas forcément bon marché en soi, et un médecin spécialiste d'une certaine discipline n'est pas forcément cher en soi.

Pour réduire les coûts, plusieurs caisses excluent les médecins chers de leur modèle de médecin de famille. S'il fallait donc sanctionner les exclusions en général, il faudrait légiférer séparément pour chaque cas, ce qui poserait problème.

La minorité de la commission propose de donner suite à l'initiative parce qu'Assura compte un nombre considérable d'assurés, à savoir 650 000, qui seraient tous touchés par les problèmes en question. Selon la minorité, les modèles de liste d'Assura posent problème et servent uniquement à attirer les assurés.

Il existe d'après la minorité un problème d'inégalité de traitement lorsque certains médecins sont exclus de certains modèles. Face à une pénurie de médecins de famille, on perd alors d'importants fournisseurs de prestations. La loi actuelle ne permettant pas de mettre fin à ces problèmes, il est donc nécessaire d'agir. D'après la minorité, il convient d'examiner en détail la nécessité de modifier la loi.

Aux yeux de la majorité de la commission, il n'y a pas lieu d'agir au niveau de la législation. L'article 62 LAMal traite des formes particulières d'assurance. Par conséquent, les assureurs ont toute latitude de proposer ou non à leurs assurés des offres de ce type qu'ils ont la liberté d'aménager comme bon leur semble.

Par 12 voix contre 9 et 3 abstentions, la commission vous recommande de ne pas donner suite à cette initiative, et, par 19 voix contre 2 et 1 abstention, d'adresser au Conseil fédéral une lettre qui attire son attention sur la question.

**Gilli Yvonne (G, SG), für die Kommission:** Wie Sie bereits gehört haben, verlangt die parlamentarische Initiative Feller, dass Ärzte, die als Hausarzt arbeiten und über einen zusätzlichen Facharzttitel verfügen, nicht grundsätzlich von den Listenmodellen ausgeschlossen werden. Der Initiator verlangt, dass wir das Bundesgesetz entsprechend ändern. Er moniert, dass die Praxis einzelner Versicherer willkürlich sei. Sie basiere nicht auf der KVG-Norm, welche besagt, dass besondere Versicherungsformen wie Listenmodelle mit dem Ziel einer kostengünstigen Versorgung angeboten werden dürfen, sondern selektioniere willkürlich Ärzte, beispielsweise eben Doppeltitelträger, und streiche sie aus diesen Listen.

Die Kommission hat die Initiative an ihrer Sitzung vom 13. August geprüft und empfiehlt Ihnen mit 12 zu 9 Stimmen bei 3 Enthaltungen, der Initiative keine Folge zu geben. Mit 19 zu 2 Stimmen bei 1 Enthaltung hat die Kommission beschlossen, dem Bundesrat einen Brief zukommen zu lassen. Für den Brief hat sich die Kommission entschieden, da man parlamentarische Initiativen nicht sistieren kann. Mit dem Brief wird der Bundesrat aufgefordert, das aufgezeigte Problem zu analysieren und gegebenenfalls Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Der Stein des Anstosses, auf den sich die Initiative beschränkt, ist das sogenannte Listenmodell, eine Variante der rechtlich durch das KVG in den Artikeln 41 und 62 zugelassenen besonderen Versicherungsformen. Weder die anbietende Kasse noch der Versicherte können auf dieses Modell verpflichtet werden. Es ist doppelt freiwillig. Bietet der Versicherer aber ein Listenmodell an, so muss es KVG-konform sein, das heisst, es muss das Ziel einer kostengünstigen Versorgung haben. Dabei gewährt der Versicherer denjenigen Patientinnen und Patienten einen Prämienrabatt, welche sich verbindlich darauf festlegen, sich bei einer Erkrankung zuerst an ihren Hausarzt zu wenden. Die Kasse führt eine Liste von Hausärzten, für welche sie ebendieses spezielle Listenmodell anbieten. Auf dieser Liste führt sie in der Regel kostengünstige Leistungserbringer an. Dieses



besondere Versicherungsmodell ist deshalb auch unter dem Namen Listenmodell bekannt.

Patientinnen und Patienten, deren Hausarzt nicht auf der Liste figuriert – das sind zum Beispiel Leute, die bei einem Doppeltitelträger hausärztlich betreut werden –, können bei diesem Hausarzt bleiben. Wegen des Vertragszwangs können sie auch über die Grundversicherung der Krankenkasse abrechnen, aber sie können nicht vom Prämienrabatt für diese spezielle Versicherungsform profitieren.

Nun hat sich sicher eine Kasse nicht an die rechtlichen Bedingungen gehalten und hat während des Jahres die Liste der Ärztinnen und Ärzte geändert. Für die Patientinnen und Patienten war es nicht mehr transparent, bei welchem Hausarzt der Prämienrabatt gewährt und bei welchem er nicht gewährt wird. Es war die Assura. Das BAG ist eingeschritten. Die Versicherungsbedingungen müssen kassenseitig eingehalten werden. Das heisst, bei einseitigen Änderungen müssen die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, den Vertrag zu kündigen. Dieser Missstand ist also behoben.

Es bleibt der Missstand, wie er in der parlamentarischen Initiative Feller aufgezeigt wird, dass Doppeltitelträger offenbar systematisch nicht auf die Listen genommen werden. Das entspricht einer Willkür mit System, da nämlich nicht nur Doppeltitelträger auf diesen Listen fehlen, sondern auch Hausärzte, die wegen der Zusammensetzung ihrer Patienten mehr kosten, das heisst, die viele ältere Patienten mit

AB 2014 N 1341 / BO 2014 N 1341

teureren Behandlungen oder Patienten mit chronischen Erkrankungen betreuen. Das ist eben die Essenz dieser einseitig von der Kasse aus ökonomischen Überlegungen angebotenen Listen. Wollen wir dieses Problem anpacken, müssen wir uns grundsätzlich mit dieser Versicherungsform befassen. Die Initiative löst das Problem nicht – nicht einmal für die Doppeltitelträger –, da die Versicherung immer noch geltend machen kann, dass das Abrechnungsvolumen und nicht der Doppeltitel den Ausschlussgrund darstelle. Offensichtlich ist es die Assura, die über das Ziel hinausschiesst und über die wir jetzt schon zum zweiten Mal legiferieren sollten. Die Mehrheit der Kommission ist nicht bereit, erneut eine Lex Assura zu schaffen, da wir damit die grundsätzlichen Probleme nicht lösen. Konsequenter wäre es in diesem Fall, die Patienten darauf aufmerksam zu machen, dass sie entweder die Versicherung oder die Versicherungsform wechseln können. Hält sich eine Versicherung nicht an die KVG-Bestimmungen, ist das BAG als Aufsichtsbehörde in die Pflicht zu nehmen.

Die Minderheit macht geltend, dass sehr viele Patienten betroffen sind. Sie haben es gehört, es sind 650 000 Versicherte. Sie macht die Ungleichbehandlung von Ärzten und Patienten geltend, wegen der Doppeltitelträger und wegen derjenigen Patienten, die vor die Wahl gestellt sind, entweder den Hausarzt oder die Versicherung zu wechseln. Zusätzlich, sagt die Mehrheit, sei es ein falscher Anreiz, Hausärzte vom Listenmodell auszuschliessen in einer Zeit, in der wir offensichtlich unter einem Hausärztemangel leiden.

Die Mehrheit sieht keinen Handlungsbedarf. Man will die Probleme grundsätzlich lösen und nicht ein zweites Mal eine Lex Assura kreieren. Man will dort, wo es Lücken gibt, die Aufsichtspflicht umgesetzt haben. Und man will mehrheitlich die besonderen Versicherungsmodelle entsprechend den Regelungen des KVG in den Artikeln 41 und 62 erhalten. Sie beruhen auf einer kosteneffizienten Versorgung auf der Basis doppelter Freiwilligkeit.

**Präsident** (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die Mehrheit der Kommission beantragt, der parlamentarischen Initiative keine Folge zu geben. Eine Minderheit beantragt, ihr Folge zu geben.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 13.433/10628)

Für Folgegeben ... 70 Stimmen

Dagegen ... 98 Stimmen

(13 Enthaltungen)