

**Borer** Roland F. (V, SO), für die Kommission: Eine Subkommission der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, die Subkommission BVG, hat sich mehrmals mit diesem Thema befasst, und zwar sehr vertieft. Dann hat sich die Plenarkommission des Nationalrates mit diesem Thema befasst. Eigentlich sind wir bis heute immer auf unserer Linie geblieben, auch hier im Nationalrat. Ich möchte jetzt nicht zum x-ten Mal noch einmal im Detail Materielles wiederholen. Nur so viel: Bezüglich der Rechnungslegung und der Verwaltungskosten erachtet es die grosse Mehrheit der Kommission als genügend, wenn wir für kleine Vorsorgewerke auf der Basis des Obligationenrechts arbeiten. Das ist für die Transparenz absolut genügend. Es kann nicht sein, dass wir für kleine und kleinste Stiftungen Vorschriften gemäss Swiss GAAP FER 26 verlangen.

Bezüglich des Begünstigtenkreises möchten wir auch an der Formulierung des Nationalrates festhalten. Die Formulierung ist sinnvoll. Es macht keinen Sinn, zusätzliche Beschränkungen einzuführen. Das führt nur zu einer komplizierten Verwaltungslösung, die schlussendlich niemand handhaben kann.

Zu guter Letzt: Gleichbehandlung und Angemessenheit sind auch in der Mehrheitslösung gegeben. Wir führen nämlich in Artikel 89a Absatz 8 eine Ziffer 3 ein, mit der wir explizit darauf hinweisen, dass wir eine Lösung wollen, die Gleichbehandlung und Angemessenheit garantiert.

Bei Artikel 89a Absatz 7 Ziffer 7bis hat sich die Kommission mit 17 zu 8 Stimmen bei 0 Enthaltungen entschieden, an der bisherigen Lösung festzuhalten.

Bei Artikel 89a Absatz 8 Ziffer 1a wurde der Beschluss zugunsten der Mehrheit mit 16 zu 8 Stimmen gefasst, bei den Ziffern 1b, 1c und 3 mit 17 zu 8 Stimmen.

**Cassis** Ignazio (RL, TI), per la commissione La presenza di Fulvio Pelli in quest'aula si fa sentire anche dopo la sua partenza fisica. Sono certo che da casa starà osservando con interesse che fine sta facendo la sua proposta volta a rafforzare questo strumento di previdenza sociale facoltativa degli imprenditori. E uno strumento di generosità e di solidarietà facoltativa che molti imprenditori e molte ditte mettono a disposizione dei dipendenti in caso di crisi della ditta, sia finanziaria che di altro tipo. Con quest'iniziativa parlamentare a Fulvio Pelli stava a cuore permettere a questo strumento di ritrovare una sua forza e una sua dignità dopo che il numero di tali fondi si è ridotto da più di 8000 nel 1992 a 2600 nel 2010.

E vero, dice la nostra collega Heim, che questi fondi hanno ancora oggi abbastanza tanti soldi da gestire, circa 16,8 miliardi di franchi. Ma non dimentichiamo le proporzioni! Le casse pensioni, quelle della solidarietà obbligatoria, gestiscono 800 miliardi di franchi. Sono quindi briciole rispetto al grande capitale. Perché dico questo? Perché la maggioranza della vostra commissione è dell'opinione che per questa differenza non occorre chiedere agli imprenditori che fanno questo sforzo volontariamente lo stesso rigore contabile, lo stesso rigore di tenuta di contabilità, lo stesso rigore di gestione dei conti che si chiede alle grandi casse pensioni con una gestione di capitale di oltre 800 miliardi di franchi.

La vostra commissione ritiene a maggioranza che la proposta del Consiglio federale, fatta propria dal Consiglio degli Stati, sia una chiara sovraregolamentazione che ancora una volta durante questa legislatura va a colpire la libera imprenditorialità. Ancora una volta si vede bene da dove viene: dalla profonda sfiducia che sta progressivamente sostituendo la fiducia che in passato regolava il rapporto tra economia e politica. Questa è l'opinione della maggioranza.

Questa sfiducia porta ad una sovraregolamentazione. Molti imprenditori smetteranno allora di dotarsi di questi fondi di previdenza con prestazioni discrezionali. Dobbiamo lasciare loro la libertà necessaria di essere solidali con i loro dipendenti. Per fare questo vi invito a nome della maggioranza ancora una volta a sostenere la decisione che il Consiglio nazionale ha già preso due volte sugli articoli 89a capoverso 7 numero 7bis rispettivamente capoverso 8 numero 1a, 1b e 1c del Codice civile. Si tratta di quattro elementi: dei prin-

cipi di trasparenza della contabilità, della definizione della cerchia dei beneficiari di questa prestazione, della definizione del principio d'adequazione del versamento di questi soldi discrezionali e dell'uguaglianza di trattamento nel versare questi fondi. Non è vero, come abbiamo sentito dalla minoranza, che oggi questi elementi non sono regolati; sono già regolati ma non in modo così dettagliato come avviene nelle normali casse pensioni di carattere obbligatorio.

Se vogliamo dare un futuro in questo senso a questi fondi – se Fulvio Pelli oggi fosse qui in aula non potrebbe che sostenere la versione della maggioranza – allora sosteniamo insieme le proposte di maggioranza. In commissione è stata una maggioranza chiara con 16 rispettivamente 17 voti contro 8, due terzi contro un terzo – una maggioranza che ha trovato riscontro in seduta plenaria già due volte. Siamo all'ultimo passaggio, è l'ultima volta che ne parliamo. Se il Consiglio degli Stati resterà sulla sua linea e non vorrà venirci incontro, chiuderemo la partita in Conferenza di conciliazione. Mi auguro che in quest'ultima sessione della legislatura si possa portare a casa questo cambiamento del Codice civile e fare un regalo all'autore di quest'iniziativa, al nostro ex collega di parlamento, di partito e di cantone Fulvio Pelli.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 11.457/12 239)

Für den Antrag der Mehrheit ... 127 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 57 Stimmen

(3 Enthaltungen)

15.020

### **KVG. Steuerung des ambulanten Bereichs LAMal. Pilotage du domaine ambulatoire**

*Erstrat – Premier Conseil*

Nationalrat/Conseil national 07.09.15 (Erstrat – Premier Conseil)

*Antrag der Mehrheit*  
Eintreten

*Antrag der Minderheit*

(Stolz, Borer, Bortoluzzi, Cassis, de Courten, Frehner, Moret, Pezzatti, Stahl)  
Nichteintreten

*Proposition de la majorité*  
Entrer en matière

*Proposition de la minorité*

(Stolz, Borer, Bortoluzzi, Cassis, de Courten, Frehner, Moret, Pezzatti, Stahl)  
Ne pas entrer en matière

**Steiert** Jean-François (S, FR), pour la commission: La commission a traité le dossier du pilotage du domaine ambulatoire à deux reprises, soit à ses séances du 15 avril 2015 et du 28 mai 2015. Elle a procédé à l'audition de nombreux experts représentant l'ensemble des milieux concernés, avant de se faire une opinion.

La majorité de la commission a constaté que le Conseil fédéral avait tenté par son projet initial de passer de la solution actuelle, peu flexible, de régulation à l'accès de la profession de médecin et à sa pratique à un régime qui prévoit une meilleure prise en compte des différences entre régions et cantons. Elle a estimé que le projet du Conseil fédéral aboutissait à une trop grande densité normative ou à trop de règles, pour parler plus simplement.

Dans ce contexte, les tenants de la solution du Conseil fédéral, qui prévoyait de nouveaux mécanismes réglementaires de l'offre médicale ambulatoire tenant compte des besoins très différents à l'intérieur du pays, et les membres de la commission attachés à la solution actuelle qui impose trois ans de pratique hospitalière en Suisse pour accéder à une autorisation de pratiquer ont rejeté ensemble une nouvelle proposition de non-entrée en matière. Cette proposition est basée sur la conviction que la régulation de l'offre ambulatoire doit être laissée au marché libre et, plus particulièrement, aux assureurs-maladie en donnant à ces derniers la possibilité de ne pas contracter avec certains médecins et ainsi de choisir l'offre médicale ambulatoire sous le régime de la LAMal en lieu et place d'en laisser la compétence aux autorités publiques.

Cette proposition de non-entrée en matière a été rejetée, par 14 voix contre 11.

Nous avons examiné un certain nombre d'autres possibilités de réguler la profession de médecin dans le domaine ambulatoire. L'une d'entre elles est la proposition de prévoir des tarifs différenciés. En théorie économique, cela permettrait d'influer sur le choix des médecins, d'avoir un peu plus de médecins à la campagne et un peu moins en ville, de les faire s'établir où l'on a besoin d'eux. Cette solution est légalement possible, mais elle exige des opérations très compliquées. Elle créerait de nouveaux effets de seuil entre ce que l'on considère comme une région plus urbaine que rurale et vice versa. Elle serait surtout impossible à mettre en vigueur au moment de l'échéance de la réglementation actuelle qui prendra fin sous peu.

La commission a également renoncé sans vote à une deuxième proposition, qui aurait été un élément qualitatif dans la nouvelle réglementation actuelle prorogée. En tant que tel, le but de cette proposition, à savoir de compléter les règles purement quantitatives – trois ans de pratique hospitalière en Suisse – par des éléments qualitatifs tant dans la formation que dans la pratique médicale, est partagé mais la mise en oeuvre aurait été aventureuse.

Le Conseil fédéral a montré dans un rapport complémentaire qu'il a soumis à la commission à quel point il est difficile de matérialiser de tels critères de qualité dans la pratique, ce qui renfermerait d'importants risques d'arbitraire couplés à des charges administratives lourdes.

Un petit rappel aux collègues qui écoutent: vous avez reçu ces derniers jours ou ces dernières semaines des propositions ou des encouragements à voter la non-entrée en matière. Ces propositions, signées par des assureurs-maladie, sont accompagnées d'arguments un tout petit peu étranges dans la mesure où ils se rapportent à la solution initiale du Conseil fédéral, laquelle n'est aujourd'hui plus sur la table. En effet, la commission a majoritairement décidé de vous soumettre non pas la proposition du Conseil fédéral, mais une solution qui consiste à prolonger la situation actuelle. Cette version de la commission est éloignée de la solution du Conseil fédéral. Elle consiste à pérenniser une solution qui existe, qui a fait ses preuves au cours des dernières années et qui, de plus, a été saluée par les principaux acteurs du système, notamment les organisations des médecins et des patients.

La minorité de la commission qui invite à ne pas entrer en matière le fait notamment parce qu'elle estime que la régulation doit se faire par le marché, à savoir par l'abandon de l'obligation de contracter et, par conséquent, par le fait que l'assureur et non plus l'autorité publique choisisse les médecins. Ces deux choses ne sont a priori pas totalement incompatibles, ce que précisera la rapporteuse de langue allemande, mais il est évident que des choix de principe doivent être faits.

Les avis divergent au sein de la commission en ce qui concerne l'opportunité de confier aux assureurs-maladie le soin de choisir de fait les médecins autorisés à pratiquer dans le cadre de la LAMal. Une majorité de la commission est d'avis que, pour des raisons de principe ou pour des raisons de faisabilité politique, l'introduction d'un tel système dans les dé-

lais donnés pour remplacer la régulation actuelle est totalement irréaliste.

La commission vous recommande, par 14 voix contre 11, d'entrer en matière et, par 17 voix contre 6, d'adopter le projet de pérennisation de la réglementation actuelle qu'elle vous soumet dans un souci de clarification des conditions-cadres pour tous les acteurs concernés, mais aussi pour éviter des changements permanents qui nuisent au bon fonctionnement et à la fiabilité du système.

**Humbel Ruth (CE, AG), für die Kommission:** Diese Vorlage hat eine lange Vorgeschichte, die ich kurz in Erinnerung rufen möchte. Im Jahr 2001 wurde mit Artikel 55a KVG per Dringlichkeitsrecht eine bedarfsabhängige Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung eingeführt. Diese Zulassungssteuerung war als Übergangslösung bis zur Einführung der Vertragsfreiheit gedacht. Weil gegenüber der Vertragsfreiheit eine Fundamentalopposition seitens der Ärzteschaft besteht und eine entsprechende Gesetzesrevision daher nicht referendumsfähig wäre, musste der Zulassungsstopp bis 2011 dreimal verlängert werden – immer im Dringlichkeitsverfahren.

Mit der Aufhebung der Steuerung im ambulanten Bereich im Jahr 2012 sind die Gesuche um Zahlstellenummern für die Abrechnung zulasten der Krankenkversicherer wie auch die Zahl der effektiv praktizierenden Ärzte unverhältnismässig stark angestiegen. Auf den ersten Blick mag diese Entwicklung in krassm Widerspruch zum reklamierten Ärztemangel stehen. Bei näherer Betrachtung sieht man aber, dass es in gewissen Regionen und vor allem auch in gewissen Disziplinen zu viele Ärzte gibt, sodass eine gewisse Steuerung durch verbesserte Anreize durchaus Sinn machen kann.

Die Managed-Care-Vorlage hätte mit der integrierten Versorgung eine gewisse Steuerung der Zahl der Ärzte ermöglicht. Die Gesetzesrevision wurde vom Volk aber bekanntlich abgelehnt, sodass in der Sommersession 2013 erneut eine Zulassungssteuerung beschlossen wurde. Diese vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung nimmt alle Ärzte und Ärztinnen vom Bedürfnisnachweis aus, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Das Gesetz gilt bis Ende Juni 2016. Es ist daher Zeit, nicht mehr im Dringlichkeitsmodus zu legislieren, sondern eine dauerhafte Lösung ins ordentliche Recht aufzunehmen.

Nun zur Vorlage: Mit der Bestimmung zu einer Steuerung des ambulanten Bereichs will der Bundesrat den Kantonen die Möglichkeit geben, das ambulante Angebot dauerhaft zu steuern und zu regulieren. Ihre SGK hat die bundesrätliche Vorlage komplett geändert und ihren Titel entsprechend ihrem Inhalt angepasst. Die SGK sieht keinen Bedarf für eine Überregulierung im ambulanten Bereich, wie sie vom Bundesrat vorgeschlagen wird, und das im Wesentlichen aus folgenden Gründen:

1. Im Falle einer Unterversorgung sind die Kantone bereits heute verpflichtet, Massnahmen zu ergreifen, weil sie gemäss der Verfassung für die Versorgungssicherheit zuständig sind.

2. Bei Überkapazitäten, welche es in gewissen Disziplinen gibt, werden besser tarifliche Massnahmen ergriffen, konkret durch den Umbau von Tarmed. Das ist eine bessere Massnahme als eine zusätzliche Regulierung.

3. In der letzten Phase der Zulassungssteuerung hatten die Kantone die Kompetenz, auch im ambulanten Spitalbereich die Zulassung zu regulieren. Trotzdem hat es im ambulanten Spitalbereich in den letzten Jahren pro Jahr durchschnittlich einen Anstieg um 9 Prozent gegeben.

Die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit schlägt Ihnen daher vor, die aktuell gültige und bisher befristete Zulassungssteuerung gemäss Artikel 55a KVG in eine Dauerlösung umzuwandeln, das heisst, sie ins ordentliche Recht aufzunehmen. Der Titel der Vorlage wird denn auch von «Steuerung des ambulanten Bereichs» in «Regulierung der Zulassung» geändert.

Die seit dem 1. Juli 2013 geltende Lösung hat sich bewährt. Ärztinnen und Ärzte sind zugelassen und unterliegen kei-

nem Bedürfnisnachweis, wenn sie mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Dieses Kriterium dient primär der Qualität und der Patientensicherheit. Medizin hat viel mit Kultur, den Sensibilitäten und dem Gesundheitssystem zu tun, weshalb es wichtig ist, dass sich ausländische Ärzte mit unserem schweizerischen Gesundheitswesen vertraut machen müssen, bevor sie in die freie Praxis gehen. Junge Schweizer Ärztinnen und Ärzte wie auch ausländische Studierende mit einer schweizerischen Ausbildung werden in ihrer beruflichen Weiterentwicklung weder eingeschränkt noch behindert. Diese Lösung ist qualitätsfördernd und gerade dadurch auch wettbewerbstauglich, das heisst, sie wäre auch mit einer allfälligen Lockerung des Vertragszwangs kompatibel. Die Kommission ist mit 14 zu 11 Stimmen auf die Gesetzesvorlage eingetreten und hat die stark modifizierte Version bzw. die heute geltende Lösung in der Gesamtabstimmung mit 17 zu 6 Stimmen angenommen. Ich bitte Sie, dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

**Stolz Daniel (RL, BS):** Die Kommission, Sie haben es gehört, hat mehrheitlich entschieden, auf die Vorlage 15.020, «KVG. Steuerung des ambulanten Bereichs», einzutreten. Dem kann sich meine Minderheit, bestehend aus Vertretern der SP- und der FDP-Deputation, nicht anschliessen. Ich spreche für diese Minderheit und, um Zeit zu sparen, auch für die FDP-Liberale Fraktion, wenn es um das Eintreten geht. Warum Nichteintreten? Ganz einfach, weil wir keinen Augenblick daran glauben, dass mit dieser Änderung etwas gewonnen wird. Ganz im Gegenteil, wir sind davon überzeugt, dass wir in die falsche Richtung rennen würden. Die bundesrätliche Vorlage ist geprägt vom Glauben, dass die Politik mittels Feinjustierung ein Problem in den Griff bekommen kann. Dieser grundsätzliche Glaube ist überall, vor allen Dingen in der Gesundheitspolitik, anzutreffen. Selbstverständlich braucht es Rahmenbedingungen, mehr aber nicht und ganz sicher keine umfassende staatliche Steuerung, wie das der bundesrätliche Entwurf vorschlägt. Das zeigt sich auch deutlich gerade bei der hier vorliegenden Problematik, bei der Steuerung im ambulanten Bereich. Wir negieren die Problematik der Kostensteigerung selbstverständlich nicht, wir sind aber dezidiert der Meinung, dass das Problem so nicht gelöst werden kann. Dass wir zumindest nicht völlig Unrecht haben, zeigt auch ein Blick in die nahe Vergangenheit. Schon mehrmals hat die Politik mit Zulassungsbeschränkungen experimentiert. Jedes Mal wurde dies als temporäre Notlösung verkauft, deren Wirkung nachher nie belegt werden konnte. Jedes Mal sollte aus diesem Provisorium ein Dauerzustand werden. Alleine schon deshalb sollte man Nein dazu sagen.

Es ist schon so, dass der Gesundheitsmarkt nicht wirklich dem Ideal eines freien Markts entspricht und einem solchen wohl auch nicht entsprechen kann. Bände spricht alleine schon, dass gewisse Dienstleistungen, sprich beispielsweise Therapien, einfach automatisch abgegolten werden, Stichwort KVG; damit werden alle Marktsignale unterdrückt. Wir sind uns im Klaren darüber, dass das nicht einfach geändert werden kann. Also versucht man in der Politik, diesen schon hochgradig durchorganisierten Pseudomarkt mit noch mehr Eingriffen von seinen Fehlentwürfen zu befreien, und merkt nicht, dass man sich hier nur weiter darin verstrickt. Was will denn der Bundesrat konkret? Die Kantone sollen die Möglichkeit haben, das ambulante Angebot dauerhaft zu steuern und so eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu erreichen. Der Bundesrat schlägt dazu eine Lösung vor, mit der die Kantone unter Einbezug der interessierten Kreise – das wird dann amüsante Diskussionen geben – bei einer Überversorgung die Zulassung von Leistungserbringern beschränken und bei einer Unterversorgung Fördermassnahmen treffen können. Wir wollen diese staatliche Steuerung über die Einschränkung oder Förderung von Leistungserbringern nicht, denn sie hemmt den Wettbewerb, benachteiligt den Nachwuchs, schwächt die Innovation, und sie stärkt vor allen Dingen

auch das Besitzstanddenken. Der Vorschlag des Bundesrates würde auch eine massive Ausdehnung der staatlichen Steuerung auf andere KVG-Leistungserbringer bedeuten. Dazu kommt ein weiteres Problem: Weil die Kantone ja für die Folgen ihrer Planungsentscheide nicht aufkommen müssen, stimmen die Entscheide und die Finanzierungsverantwortung nicht mehr überein. Das kann ja nicht sein! Es geht aber noch weiter. Das Ziel der bundesrätlichen Vorlage zumindest ist klar: Das klare Volksnein zur Einheitskasse soll umgestossen werden. Schon bei der damaligen Diskussion wollten die Befürworter kantonale Einheitskassen, und diese sollten möglichst eng mit den zuständigen Vorstehern der Gesundheitsdepartemente zusammenarbeiten. Genau diesem Ziel würde man mit einer umfassenden kantonalen Steuerung näher kommen.

Auch wenn man aus all diesen grundsätzlichen Überlegungen gegen diese umfassende kantonale Steuerung ist, darf man die Frage stellen, ob sich denn die Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern wenigstens früher bewährt hat. Trotz allem Zitieren und Erklären von noch so vielen Statistiken konnte genau das von den Befürwortern nicht mit gutem Gewissen behauptet werden. Trotz der Zulassungsbeschränkung konnten nicht einwandfrei Kostensenkungen oder nur schon -dämpfungen belegt werden; das gab am Schluss auch der zuständige Gesundheitsdirektor zu. Ob es wenigstens Indizien für eine Kostendämpfung gab, ist umstritten. Zumindest ist die Zulassungsbeschränkung ganz sicher nicht der grosse Wurf, wenn es darum geht, Kostenexplosionen entgegenzuwirken. Wenn es also nicht dieser grosse Wurf ist, dann ist es nötig, auf diesen Eingriff zu verzichten. Die abgeschwächte Version der SGK-NR hingegen ändert an diesen Tatsachen schlussendlich nicht sehr viel. Bedeutet das, dass die Minderheit einfach die Hände in den Schooss legen will? Mitnichten!

Wir beantragen Ihnen deshalb, auf dieses Geschäft nicht einzutreten, weil wir denken, dass wir hier in die falsche Richtung gehen.

**Hess Lorenz (BD, BE):** Eine Frage, die wir heute zu beantworten haben, lautet: Wollen wir in diesem Bereich einen Zulassungsstopp, eine Steuerung, wollen wir das unwürdige Spiel von Stop-and-go und Provisorium und dann wieder stoppen und verlängern? Mein Vorredner hat dem «experimentieren» gesagt. Wollen wir in diesem Modus weiterfahren, oder wollen wir heute eine verlässliche, dauerhafte Regelung beschliessen? Das ist die Grundfrage.

Dann gibt es noch die dritte Variante, und das ist das, was wohl mit dem Nichteintreten gemeint ist. Das ist der Ansatz, dass eine Steuerung überhaupt nicht notwendig sei. Man kann natürlich dieser Ansicht sein, dass es überhaupt keinen Handlungsbedarf gibt. Hierzu muss man einfach sagen, dass die Zahlen schon ein bisschen eine andere Sprache sprechen. Dort, wo der Ärztestopp oder Zulassungsstopp temporär aufgehoben wurde, nahmen die Zulassungen in einigen Disziplinen schlicht und ergreifend zu. Es entstehen so Überkapazitäten, und schliesslich bewegen wir uns auf einem Anbietermarkt. Wie in jeder anderen Branche muss jeder neue Anbieter rentieren. Deshalb glaube ich, dass der Handlungsbedarf tatsächlich da ist – das hat auch die Mehrheit der Kommission in den Beratungen so befunden. Eine Begrenzung des Marktzugangs für bestimmte Leistungsträger ist sehr wahrscheinlich tatsächlich ein Gebot der Stunde. Nun stellt sich die Frage, wie man das machen solle. Da haben wir eben die zwei Varianten: den Entwurf des Bundesrates und den Antrag unserer SGK. Im Namen meiner Fraktion schlage ich Ihnen vor, dass wir die Version der Kommission unterstützen und selbstverständlich auch auf die Vorlage eintreten, weil eben der Handlungsbedarf gegeben ist. Wenn wir eintreten, sollten wir dem Antrag der SGK zustimmen.

Der Entwurf des Bundesrates hatte in der Kommission keinen Erfolg; zum einen entstände damit eine Überregulierung, zum andern ging es aber auch um die Frage der Kantone bzw. um die Gremien, die hier hätten organisiert werden müssen. Hingegen zeigt sich, dass der Antrag der



SGK auch in den betroffenen Kreisen auf breite Akzeptanz stösst, indem wir damit tatsächlich eine Dauerlösung beschliessen können, die auf Qualitätskriterien beruht. Ich denke, das ist unter anderem der Kern der Sache, dass Ärztinnen und Ärzte zugelassen werden, welche im Minimum die schon oft genannten drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Mit diesen Kriterien ist tatsächlich das Wichtigste, nämlich das Interesse der Patientinnen und Patienten, die Patientensicherheit, gewährleistet, und wir können eine Versorgung auf hohem Niveau anbieten. Das erreichen wir, indem wir Artikel 55a unverändert so aufnehmen, ihn so beschliessen, wie das die Kommission möchte.

Ein Nichteintreten macht tatsächlich nur dann Sinn, wenn jemand das Gefühl hat, es bestehe null Handlungsbedarf. Da spricht aber die Realität in den betroffenen Regionen eine andere Sprache. Wenn jemand das Gefühl hat, es bestehe kein Handlungsbedarf, könnte er Nichteintreten beschliessen. Das wäre, denke ich, ein unwürdiges Ende für ein bisher schon ein bisschen unwürdiges Spiel mit Stop-and-go und Provisorium. Geben Sie den Betroffenen und vor allem den Kantonen im bisherigen, bewährten Rahmen die Möglichkeit, dort zu steuern, wo es möglich ist, aber verhindern Sie ein Übersteuern!

Mit anderen Worten: Treten Sie auf diese Vorlage ein, und unterstützen Sie die Version der Kommission!

**Stolz Daniel (RL, BS):** Geschätzter Herr Kollege Hess, Sie haben richtig ausgeführt, dass die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung dazu geführt hat, dass für gewisse Arztpraxen wieder eine Zulassung beantragt worden ist und somit die Zahl der Arztpraxen gestiegen ist. Konnte aber auf der anderen Seite in der Kommission belegt werden, dass auch die Kosten speziell gestiegen sind? Ich kann mich sehr gut erinnern: Das konnte eben gerade nicht belegt werden.

**Hess Lorenz (BD, BE):** Ja gut, ich denke, dass die Kommission das noch belegen muss. (*Zwischenruf Humbel: Es sind 8,6 Prozent!*) Ich habe gerade Assistenz erhalten. Ich hätte die Antwort gerne selber gegeben, meine Antwort wäre nämlich auch gut gewesen; das können Sie mir glauben. Stattdessen kann ich Ihnen jetzt hier sagen – das war Unterstützung aus der Kommission, das ist völlig korrekt –, dass 2012 die Kosten um 8,6 Prozent gewachsen sind. Darauf bezog sich die Frage, und das ist die Antwort.

**Schmid-Federer Barbara (CE, ZH):** Der Bundesrat hat uns seine Vorlage unterbreitet, welche den Kantonen die Möglichkeit einer Steuerung der Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich geben soll. Nach jahrelangen Debatten um die umstrittenen Zulassungsbeschränkungen von Ärzten sollen gemäss Bundesrat die Kantone nach Anhörung einer Expertenkommission bestimmen, ob ein Überangebot an Ärzten und anderen Dienstleistungen besteht. Auf dieser Grundlage solle die Versorgung nach Region, Leistungserbringerkategorie und medizinischem Fachgebiet gesteuert werden. Den Kantonen soll es hierzu erlaubt sein, die Zulassung der Dienstleister sowie den Umfang von deren Tätigkeit zu beschränken. Im Fall einer Unterversorgung sollen die Kantone im Gegenzug Fördermassnahmen ergreifen können. Das war das Projekt des Bundesrates, welches in der Kommission nicht die geringste Chance hatte.

Dennoch hat sich die CVP/EVP-Fraktion für Eintreten ausgesprochen, allerdings eben nicht auf die Vorlage des Bundesrates, sondern auf einen eigenen Alternativvorschlag, den Sie auf der Fahne vorfinden. Dieser Alternativvorschlag sieht vor, die heute provisorisch geltende Zulassungsbeschränkung im Gesetz zu verankern. Die Zulassung für Ärzte in eigenen Praxen sowie im ambulanten Bereich der Spitäler soll demnach beschränkt werden können. Ausgenommen davon sollen weiterhin Ärzte sein, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Die CVP/EVP-Fraktion ist auch deshalb für Eintreten auf den Alternativvorschlag, weil das dringliche Bundesgesetz bis

Ende Juni 2016, also bis in einem Jahr, befristet ist. Wenn wir nicht eintreten, wird es später zu einem dringlichen Bundesgesetz kommen. Das wollen wir nicht. Wir haben also keine Zeit, noch lange zu diskutieren – wir müssen unsere Verantwortung wahrnehmen und diese Frage einer Zulassungssteuerung in ein ordentliches Gesetz einbringen. Die Vernehmlassungsergebnisse haben klar gezeigt, dass die Mehrheit die Vorlage des Bundesrates ablehnt. Unser Alternativvorschlag will den jetzigen Zustand definitiv ins Gesetz aufnehmen. Das heisst, dass jemand ohne weitere Hürden eine Praxis eröffnen kann, wenn er oder sie drei Jahre Fortbildung an einer anerkannten schweizerischen Institution gemacht hat. Das ist keine neue Regulierung, sondern die Übernahme der seit zwei Jahren bestehenden Regelung ins definitive Recht ab 2016. In der aktuellen Situation sprechen wir uns dafür aus, die geltende Lösung beizubehalten bzw. sie nach zwei Jahren Erfahrung ins definitive Recht zu übernehmen.

Im Namen der CVP/EVP-Fraktion bitte ich Sie deshalb, auf die Vorlage einzutreten.

**Gilli Yvonne (G, SG):** Eines wird aus den Vorvoten und auch aus dem Votum der Berichterstatter klar: Das Ei des Kolumbus haben wir beim Bemühen darum, die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte auf der Basis einer gesunden, auch nachfrageorientierten Gesundheitsversorgung zu regulieren, nicht gefunden. Wir tun deshalb gut daran, uns auf eine minimale Lösung zu beschränken und uns zu erinnern, warum wir diese Zulassungsregulierung ursprünglich überhaupt eingeführt haben: nicht wegen der Kostensteigerung, sondern schlicht wegen der Angst vor einer ungebremsten Einwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte nach Einführung der Personenfreizügigkeit.

Die Zulassungsregulierung, die damals beschlossen und die mehrmals verlängert wurde, hat sich nie konstruktiv ausgewirkt, gerade deswegen, weil eben die Kantone in verschiedenen Rollen tätig sind. Sie regulieren nicht nur die Gesundheitsversorgung auf ihrem Gebiet im freiberuflichen ambulanten Bereich, sondern sie sind auch Träger der Spitalambulatorien. Dort fand eine ungebremste Einwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte statt. Dort war auch der angebotsinduzierte Markt am grössten, und dort zeigen sich eben jetzt auch die grössten Kostensteigerungen. Nur haben wir ungenügende Daten darüber, wo diese Kostensteigerungen wirklich marktorientiert und angebotsinduziert erfolgen und wo sie auch eine Konsequenz des technologischen Fortschrittes und der Verlagerung in die ambulante Medizin darstellen.

Wir haben lange diskutiert, wir haben lange gerungen. Diejenigen, die jetzt für Nichteintreten sind, verlangen mehr Markt; sie verlangen immer noch Vertragsfreiheit. Das ist aber ein Karren, den wir politisch nur an die Wand fahren können, weil eine unflankierte Vertragsfreiheit von den Ärzten und Ärztinnen nie akzeptiert werden könnte, und zwar darum nicht, weil die Qualität der ärztlichen Behandlung damit vollständig der Ökonomie untergeordnet würde. Das war aber in der Vergangenheit nie kostensparend, es war immer kostentreibend.

Wir haben jetzt aber eine minimale Lösung gefunden. Das ist die Voraussetzung von drei Jahren Tätigkeit in der Schweiz, und das ist vielleicht gar keine schlechte Lösung. Denn das ist eine Hürde, die nicht zu unterschätzen ist: Zuerst muss man, um drei Jahre in der Schweiz arbeiten zu können, eine Stelle haben, und nachher muss man, um überhaupt freiberuflich tätig sein zu können, seine Praxis finanzieren. Viele Zulassungsnummern, die jetzt vergeben worden sind – nachdem es bei den Spitalärzten eben einen Stau gab, weil sie nicht in die freiberufliche Tätigkeit gehen konnten –, haben nachweislich nicht zu einer erfolgreichen Praxistätigkeit geführt. Es gibt einige ausländische Ärztinnen und Ärzte, die, wenn überhaupt, nur zu sehr wenigen Prozenten auf eigene Rechnung arbeiten. Auch dazu fehlen uns leider die genauen Daten, um eine wirklich sachlich fundierte Zulassungssteuerung etablieren zu können. Es gibt aber neben der Zulassungsregulierung noch eine weitere

Hürde, die wir im Rahmen der Revision des Medizinalberufegesetzes eingebaut haben: die besseren Sprachkenntnisse, die für Ärzte und Ärztinnen vorausgesetzt werden, um in diesem Lande ärztlich tätig zu sein.

Seien wir doch jetzt nicht destruktiv! Treten wir nicht auf dieses Gesetz ein, hinterlassen wir nach jahrelangen und nicht sehr erfolgreichen Bemühungen schlicht einen Scherbenhaufen. Bauen wir Stein auf Stein, und sammeln wir Erfahrungen mit dieser vielleicht nicht einmal so dummen minimalen Lösung, die doch hoffentlich in diesem Rat mehrheitsfähig ist!

Die grüne Fraktion bittet Sie, der Mehrheit der Kommission zu folgen und auf die Vorlage einzutreten.

**Weibel Thomas (GL, ZH):** Sie wissen inzwischen, worum es geht: Die Kantone sind für die Gesundheitsversorgung zuständig, sie kennen die Versorgungslage in ihrem Gebiet am besten. So soll es auch künftig sein: Die Kantone sollen das ambulante Angebot steuern und regulieren können. Es gibt jedoch unterschiedliche Vorstellungen davon, wie das geschehen soll.

Der Bundesrat hat einen Vorschlag gemacht: Gemäss Bundesrat sollen die Kantone bei Überversorgung die Zulassung von Leistungserbringern einschränken können, beispielsweise auf einem bestimmten medizinischen Fachgebiet oder in einer Region. Bei einer Unterversorgung sollen die Kantone die Möglichkeit haben, Unterstützungsmassnahmen zu ergreifen und beispielsweise die Niederlassung neuer Leistungserbringer zu fördern, indem sie die benötigte Infrastruktur zur Verfügung stellen. Aber die Kantone müssen zuerst den Bedarf an ambulanten Leistungen ermitteln, die notwendig sind, um die gewünschte Versorgung zu erreichen. Dabei sollen sie die ambulanten Leistungen in den Spitälern berücksichtigen und die interessierten Kreise einbeziehen. Dazu sollen sie eine Kommission einsetzen. In dieser Kommission sollen die Versicherten, die Leistungserbringer und die Krankenversicherer vertreten sein. Die Aufgabe dieser Akteure wäre es, Stellungnahmen zur Beurteilung der Versorgung und Empfehlungen zu den vorgeschlagenen Massnahmen abzugeben.

Sie sehen unschwer, dass das ein aufwendiger und komplexer Prozess wäre, der praktisch zum Scheitern verurteilt wäre. Deshalb lehnen wir Grünliberalen dieses Vorgehen ab. Die Kommission schlägt einen anderen Weg ein. Die bis Ende Juni 2016 befristete bedarfsabhängige Zulassung soll in ordentliches Recht überführt werden. Das bedeutet auch, dass weiterhin ohne Bedarfsnachweis in die Praxis wechseln kann, wer drei Jahre Fortbildung an einem anerkannten schweizerischen Institut absolviert hat.

Die vom Bundesrat vorgesehene Steuerung ist unrealistisch, zentralistisch, kaum umsetzbar; sie führt zu Überregulierung und zu Verunsicherung. Verunsicherung bringt sie deshalb, weil viele offene Fragen zur Umsetzung bestehen. Denn was bedeutet «bedarfsgerechte Versorgung», und wie hoch ist der Bedarf an Dienstleistern für diese Versorgung? Wann besteht «Überversorgung» und wann «Unterversorgung»? Wohl auch deshalb haben sich die Kantone dafür ausgesprochen, die bestehenden Übergangsregeln beizubehalten.

Die Regelung, nach drei Jahren Ausbildung in der Schweiz direkt in die Praxis wechseln zu können, tragen wir mit, denn sie entspricht einerseits einer politischen Notwendigkeit, sie entspricht aber auch dem Bedürfnis der Bevölkerung. Und sie liegt ganz klar im Interesse einer hohen Patientensicherheit und der Qualitätssicherung. Die Regelung gewährleistet ein Minimum an Kenntnis unserer Sprache, an Kenntnis unserer Mentalität, an Kenntnis unserer Kultur und auch an Kenntnis unseres Gesundheitssystems. Die aktuelle Regelung ins ordentliche Recht zu überführen ist realpolitisch gesehen der einzig gangbare Weg. Denn alle weiter gehenden Anliegen sind aktuell chancenlos, sei es die Aufhebung des Zulassungsstopps, sei es die Einführung der Vertragsfreiheit oder eben die Aufhebung des Vertragszwangs, sei es nur schon die Idee, die Spitalambulatorien konsequent auch der Steuerung zu unterstellen. Bei den Spitalambulatorien, das

dürfen wir nicht vergessen, liegt heute die grosse Kostenzunahme.

Im Sinne der Politik des Machbaren treten wir Grünliberalen auf die Vorlage ein und unterstützen die Mehrheit.

**Carobbio Guscetti Marina (S, TI)** Non entrare in materia oggi su questo oggetto, sulla proposta di regolare la possibilità di autorizzazione per gli studi medici, è irragionevole. E riconosciuto da più parti, ci sono anche degli studi che lo dimostrano, che in campo sanitario l'offerta genera un aumento dei costi sanitari e che è necessario gestire l'offerta di prestazione nel settore ambulatoriale al fine di garantire un'assistenza sanitaria di qualità e di contenere l'aumento dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. Soprattutto per certe specialità e nelle città e negli agglomerati abbiamo un numero importante di studi medici ben superiore al bisogno mentre in certe regioni di montagne periferiche abbiamo carenza. Tra chi non vuole una regolamentazione dell'apertura degli studi medici specialistici troviamo anche chi vorrebbe togliere ai cittadini la possibilità della libera scelta del medico attraverso l'abolizione dell'obbligo di contrarre – un messaggio non tanto velato.

Il gruppo socialista sosterrà quanto scaturito dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità anche se avremmo preferito la proposta presentata dal Consiglio federale che avrebbe permesso una gestione più strategica del settore ambulatoriale dei fornitori di prestazione non limitandola necessariamente solo alle professioni mediche, bensì tenendo conto anche delle attività degli ospedali e degli altri fornitori di prestazione nel settore ambulatoriale. La proposta del Consiglio federale aveva il pregio di permettere ai cantoni di adottare misure di sostegno e di regolare anche il settore ambulatoriale ospedaliero mediante mandati di prestazione. Come abbiamo sentito durante il dibattito e come hanno detto anche i relatori commissionali questa proposta purtroppo non ha raccolto sufficienti consensi in commissione per poter essere maggioritaria.

Oggi però è urgente avere qualcosa prima dello scadere dell'attuale sistema di regolazione dell'ammissione per studi medici che avverrà il 30 giugno 2016. La commissione ha dunque riconosciuto a maggioranza la necessità di regolazione degli studi medici specialistici, ma ha rinunciato a una vera e propria gestione del settore ambulatoriale. Peccato! Ma comunque il passaggio del regime attualmente in vigore – che è limitato nel tempo – al diritto definitivo permette almeno di regolare un po' un sistema che altrimenti porterà ad un aumento dei costi sanitari e dei premi della cassa malati senza necessariamente migliorare la qualità delle prestazioni e soprattutto, come dicevo, avrà un effetto importante sui costi. Ecco perché mal si capisce la resistenza di certi assicuratori malattia a questa proposta.

Lo sapete, la limitazione delle autorizzazioni è stata applicata con diverse varianti per undici anni. La sua abrogazione il 1 gennaio 2012 aveva provocato sul mercato un forte afflusso di medici, in particolare di specialisti, al punto che il 1 luglio 2013 il Parlamento ha reintrodotta la clausola del bisogno prima che l'afflusso si traducesse in un aumento incontrollato dei costi. In cantoni come nel mio – ma vale anche nel canton Ginevra – ,quando era in vigore la precedente moratoria, nel 2011 le domande di libero esercizio inoltrate dei medici ammontavano in media a dieci al mese. Nel 2012 sono aumentate a 16,6 e nei primi sei mesi del 2013, quando non c'era nessuna regolamentazione, sono poi balzate a 38,8 al mese. La reintroduzione della moratoria nel mese di luglio 2013 ha poi permesso di fare riscendere le domande a una media mensile di 11,2. Questi dati sono chiari. Un aumento così importante avrebbe in un cantone come il mio o nel canton Ginevra ma anche in altri cantoni delle conseguenze importanti sui costi sanitari e quindi sui premi della cassa malati senza portare a un necessario miglioramento della qualità delle cure.

Vi invito quindi ad entrare in materia su questo oggetto e a sostenere quello che è stato scaturito dalla commissione.

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Seit über zehn Jahren – Sie haben es gehört – besteht dieser sogenannte Ärztestopp und wartet auf eine Ablösung. Der Bundesrat beantragt, der offensichtlichen Überversorgung – er nennt das auch in seiner Botschaft so, dann wird es wohl so sein – mit einem staatlichen, von Experten geprägten Steuerungsmodell zu begegnen. Die Ursache des vorbehaltlosen Verschreibens von Leistungen zulasten der Krankenkassen, die Grundversorgung, wird allerdings dadurch nicht geändert. Das ist, glaube ich, an dieser Stelle festzuhalten.

Ich bleibe nach wie vor bei der Behauptung, dass 15 Prozent – vielleicht sind es nur 10 Prozent oder mehr als 15 Prozent – der Leistungen mit Kostenfolge unnötig sind; sie schaden in der Regel nicht, sind medizinisch vielleicht begründbar, aber eben nicht notwendig und schlagen sich in vollem Umfang bei den Prämien nieder. Der bundesrätliche Entwurf und auch der Antrag der Kommission werden daran nichts ändern – davon bin ich überzeugt. Der Zugang der Ärzte zur Zulassung wird durch den Antrag der Kommission möglicherweise etwas verzögert, aber die Ursache des Problems wird bleiben.

Es ist eine Motion Stahl (13.3265) von diesem Rat angenommen worden, deren Ansatz mit einer teilweisen Aufhebung des Vertragszwangs unserer Meinung nach in die richtige Richtung geht. Diese Motion liegt nun beim Ständerat zur Bearbeitung. Wenn wir nun hier, wie es immer wieder zum Ausdruck gekommen ist, eine fixe Lösung oder mindestens eine Lösung für eine feste Zeit beschliessen, dann dürfte die Motion Stahl im Ständerat kaum noch eine Mehrheit finden, was sehr zu bedauern wäre. Die Kassen haben ja leider auch wenige Möglichkeiten und damit auch wenig Interesse, die Qualität, das heisst die Notwendigkeit der medizinischen Leistung und deren Wirksamkeit, zu überprüfen und entsprechend Massnahmen zu ergreifen.

Sehen Sie: Jeder Arzt, der sich ausbilden lässt, soll seinen gelernten Beruf auch ausüben können. Das ist Teil des Grundsatzes eines liberalen Staates. Aber nicht jeder Berufsmann und in diesem Fall nicht jeder Arzt soll automatisch zulasten der Kassen und Grundversicherungen Rechnungen schreiben dürfen und diese bezahlt bekommen. Das ist der Kern des Problems. Dieser Missstand wird weder mit dem bundesrätlichen Entwurf noch mit der Lösung der Kommission angegangen. Man produziert möglicherweise ein bürokratisches Monster, ohne am Grundproblem der Entwicklung im ambulanten Bereich etwas zu ändern.

Der Handlungsbedarf ist nicht bestritten – er besteht. Das sagt auch die Minderheit, die auf Nichteintreten plädiert. Es braucht gewisse Korrekturen, aber nicht jede Massnahme ist geeignet, das Problem zu lösen, auch wenn sie realpolitisch erträglich scheint. Die Kommission hat unseres Erachtens eine Scheinlösung produziert und macht damit glauben, die Probleme, die infolge des Wachstums bei den angebotenen und bezogenen medizinischen Leistungen entstanden sind, lösen zu können. Das ist eine Illusion.

Darum sind wir der Meinung, dass man auf diese Vorlage nicht eintreten soll. So wird auch der Druck aufrechterhalten, den es braucht, damit Lösungen angestrebt werden, die diesen Namen auch verdienen.

**Berset Alain, conseiller fédéral:** Nous avons déjà discuté il n'y a pas si longtemps de cette question, avec la remise en place d'une solution urgente, temporaire – encore une! – pour la limitation de l'admission des médecins à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire. Cette thématique n'est donc pas nouvelle, elle est même récurrente, et accompagne le Parlement depuis 2001, soit bientôt quinze ans maintenant. A chaque fois, des dispositions urgentes sont décidées, lesquelles sont limitées dans le temps mais reconduites à chaque fois parce qu'on voit bien qu'il faut avoir, dans le domaine ambulatoire, qui est le principal facteur de coûts pour l'assurance-maladie, la possibilité de contrôler d'une certaine manière l'évolution de ces coûts. Cette mesure a donc été prolongée à plusieurs reprises, mais elle ne l'a plus été à partir du 1er janvier 2012. A partir de là, il y a eu, j'y reviendrai, une très forte augmentation du nombre de

médecins dans le domaine ambulatoire, et corrélativement des augmentations de coûts.

La question de principe, au cours des quinze dernières années, est toujours restée la même: comment peut-on freiner la hausse des coûts dans le domaine ambulatoire? et comment le faire en maîtrisant l'installation de nouveaux médecins? Le Conseil fédéral vous propose aujourd'hui, comme il l'avait annoncé il y a deux ans, de mettre un terme à cette politique de «stop and go» où l'on fait, où l'on défait, où l'on refait peut-être, pour peut-être redéfaire, politique qui n'offre pas de sécurité aux personnes concernées, qui ne permet pas vraiment de maîtriser la situation dans le domaine ambulatoire, et dont nous souhaitons sortir.

La fin de la limitation des admissions le 31 décembre 2011 a finalement levé tous les doutes qui pouvaient encore subsister quant à l'efficacité de cette mesure. Dans certains cantons, à partir du début 2012, c'est vraiment un flot de nouveaux médecins qui se sont installés. Toutes spécialités confondues, nous sommes passés en Suisse de 896 numéros RCC remis à 2049, en une année, soit plus du double! Les médecins spécialistes ont été particulièrement nombreux à s'installer. Par exemple, le nombre de nouveaux ophtalmologues a plus que triplé entre 2011 et 2012, passant de 35 à 131. Dans le domaine de la radiologie, l'augmentation au niveau suisse a même atteint 560 pour cent, passant de 15 nouveaux numéros en 2011 à 99 en 2012.

Je vous parle de chiffres qui valent pour l'ensemble de la Suisse. Si on regarde maintenant les cantons frontaliers, qui ont été particulièrement touchés, à Genève par exemple, le nombre total de numéros remis a presque triplé en 2012, il a même quadruplé pour le seul canton du Tessin. Quatre fois plus de nouveaux médecins ont souhaité pouvoir s'installer au Tessin.

Pour les prestations en cabinet, on voit aussi une augmentation importante des coûts par assuré. Ces coûts du domaine ambulatoire ont augmenté de 1 pour cent en 2010, de 3,4 pour cent en 2011, de 3 pour cent en 2012, de 6,3 pour cent en 2013 et la courbe ne s'inverse pas. Tout cela a une explication assez simple. D'une part, le domaine ambulatoire représente près de 40 pour cent des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins, donc explique aussi 40 pour cent des coûts des primes que paie l'ensemble des assurés chaque mois. D'autre part, l'offre a une grande influence sur la demande. Le Conseil fédéral et le Parlement l'indiquaient déjà il y a une quinzaine d'années dans les messages sur l'assurance-maladie. Il faut voir que le domaine ambulatoire est actuellement, et aussi pour cette année, le principal facteur de la hausse des coûts de la santé, c'est là où les pourcentages sont les plus élevés.

Il n'est pas possible, d'un côté, de demander un meilleur contrôle des coûts dans l'assurance-maladie, de dire qu'il faut être capable de maîtriser l'évolution des coûts et l'augmentation des primes maladies, et en même temps de s'opposer à la seule possibilité concrète de mieux contrôler les coûts dans le domaine ambulatoire, qui est clairement le premier facteur d'augmentation. On ne peut pas demander l'un et s'opposer à l'autre. Si vous souhaitez un meilleur contrôle des coûts dans l'assurance-maladie et donc un meilleur contrôle sur l'évolution des primes d'assurance-maladie que paient les assurés, il faut accepter d'entrer en matière sur une solution qui permet un meilleur contrôle dans le domaine ambulatoire.

La proposition que vous avez acceptée, il y a deux ans, qui a été remise en vigueur en juillet 2013, a été demandée par les cantons. Ce sont les cantons qui ont souhaité avoir la possibilité d'agir; il ne s'agit pas de l'obligation d'agir, mais de la simple possibilité d'agir. Ce que nous constatons aujourd'hui, c'est que 18 cantons ont utilisé cette possibilité. Le canton de Bâle-Ville l'a fait par exemple; Monsieur Stolz est un élu de ce canton et il présentait tout à l'heure la proposition de la minorité de la commission. Ce canton n'était pas obligé d'agir, mais il l'a fait pour le domaine ambulatoire et pour le domaine ambulatoire hospitalier. Cela montre bien, à notre sens, que les cantons ont reconnu qu'il était nécessaire d'agir et qu'ils étaient heureux d'avoir la possibilité de faire quelque chose. Nous souhaitons poursuivre sur cette



voie et donner aux cantons la possibilité de continuer ce travail. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral vous a proposé ce projet.

Ce projet a été élaboré après la tenue de plusieurs tables rondes auxquelles a participé l'ensemble des acteurs. Les partenaires réunis se sont accordés sur la nécessité d'agir dans ce domaine. Ensuite, il est apparu que le pilotage du domaine ambulatoire était la solution la plus adaptée au système existant et la plus à même de réunir des majorités. Est-ce que c'est ennuyeux? Est-ce que c'est trop pragmatique? Oui, peut-être bien que c'est pragmatique et un peu ennuyeux, mais c'est le seul moyen d'agir. D'autres possibilités existent sur le papier, par exemple la liberté de contracter. Elle a été écartée par le Parlement à plusieurs reprises. La population a aussi indiqué, à chaque fois qu'elle en a eu l'occasion, qu'elle était attachée à la liberté de choix du fournisseur de prestations. Cette liberté de contracter est donc bel et bien une possibilité sur le papier, qui n'a aucune chance d'être mise en vigueur.

Les tarifs différenciés sont-ils une solution? Les tarifs différenciés selon les critères de politique régionale sont incompatibles avec les principes de la loi sur l'assurance-maladie, parce qu'il faudrait alors rémunérer les prestations non plus en fonction des critères d'adéquation, d'économicité et d'efficacité, mais en fonction de critères de politique régionale. Pour cela, il faudrait changer une des règles de base de notre système d'assurance-maladie. Cette solution est donc difficilement praticable et insuffisante pour réguler l'offre.

Le projet du Conseil fédéral est équilibré. J'irai même plus loin en vous disant que le projet du Conseil fédéral remplit les critères d'adéquation, d'économicité et d'efficacité. Pourquoi? Tout d'abord en ce qui concerne l'adéquation, le projet ne se concentre plus seulement sur le sur-approvisionnement, mais il permet également d'intervenir dans les situations de sous-approvisionnement, ce qui est très important. Ensuite, en ce qui concerne l'économicité, le domaine ambulatoire des hôpitaux ne sera plus piloté par tête, les partenaires ayant largement démontré leurs difficultés à le faire. Les cantons pourront piloter le domaine ambulatoire des hôpitaux au travers de mandats de prestations, ce qui serait une bien meilleure solution et offrirait de bonnes possibilités pour la mise en oeuvre. Finalement, en ce qui concerne l'efficacité, le projet du Conseil fédéral est probablement le plus fédéraliste que vous puissiez trouver dans ce domaine. La compétence est donnée directement aux cantons, alors qu'aujourd'hui c'est la Confédération qui doit intervenir. Les cantons peuvent décider d'intervenir ou non, chacun reste libre. Pourquoi s'y opposer? Pourquoi rejeter l'entrée en matière sur un projet qui ne fait qu'offrir aux cantons qui estiment avoir besoin une possibilité d'agir dans ce domaine qui représente le principal facteur de hausse des primes d'assurance-maladie?

Votre commission a finalement développé un autre projet. Je vous saurai gré d'entrer en matière. C'est aujourd'hui la question la plus importante sur laquelle vous aurez à vous prononcer. Ensuite, il y aura une divergence entre le projet de la commission et celui du Conseil fédéral. Le Conseil fédéral a des doutes par rapport au projet de la commission. Il estime que cette réglementation, avec l'obligation d'avoir pratiqué trois ans dans un établissement suisse de formation, est très problématique au regard de nos accords avec l'Union européenne; j'avais déjà eu l'occasion de vous le dire. Cela serait passable et peut-être praticable avec une solution limitée dans le temps, mais pas pour une solution à long terme. Ce délai de carence de trois ans permet un certain contrôle durant la période où les gens sont en formation, cela permet de bien piloter l'offre au début, mais il n'est pas certain que ce soit une solution qui ait encore la même efficacité au bout de quelques années.

J'aimerais donc vous inviter à entrer en matière sur le projet. Nous avons absolument besoin – je dis «nous», mais il s'agit des cantons et des gens qui paient des primes – de disposer aussi d'une certaine possibilité d'agir dans le domaine ambulatoire. Je vous invite donc à entrer en matière de manière aussi claire que possible.

Ensuite, deux modèles s'opposent: celui du Conseil fédéral – j'ai expliqué pourquoi ce dernier estime que c'est le meilleur modèle – et celui de la commission, lequel est défendu par tous les groupes. Je constate d'ailleurs qu'aucune proposition de minorité ne demande de reprendre le modèle du Conseil fédéral, ce que je regrette.

Si vous décidez d'entrer en matière, je renoncerais, au nom du Conseil fédéral, à demander un vote sur le projet mais continuerai, naturellement, dans le deuxième conseil, à m'engager pour le modèle défendu par le Conseil fédéral. Merci de bien vouloir entrer en matière sur ce projet.

**Humbel Ruth** (CE, AG), für die Kommission: Der Minderheitensprecher, Daniel Stolz, hat zu vielem gesprochen, nur nicht zum Konzept der Kommission. Er hat sich ausschliesslich zum Entwurf des Bundesrates geäussert. Die Kommission hat sich für ein ganz anderes Konzept entschieden. Es geht also jetzt nicht um ein neues Experimentierfeld, weil wir die bisherige Lösung weiterführen. Es geht auch nicht um ein bürokratisches Monster, weil wir die bisherige Lösung als völlig unbürokratisch erfahren haben. Es geht eben um eine bewährte Lösung. Auch in den vielen Zuschriften, die wir vonseiten der Versicherer bekommen haben, äussern sie sich ausschliesslich zur bundesrätlichen Vorlage und ignorieren völlig, dass die SGK eine eigene Variante erarbeitet hat. Diese Form des Lobbyings ist weder konstruktiv noch zielführend.

Die FMH hingegen unterstützt die Variante des Nationalrates. Sie lehnt die bundesrätliche Vorlage auch dezidiert ab, unterstützt aber ausdrücklich das Konzept der Kommission, weil es der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit dient.

Wer Handlungsbedarf sieht, der tritt auf diese Vorlage ein. Wir haben soeben jedoch gehört, dass der Druck aufrechtzuerhalten sei, und zwar für eine andere Lösung, für eine Lockerung des Vertragszwangs. Das ist aber keine Lösung, weil alle in diesem Saal wissen, dass eine Lösung mit einer Druckerhöhung im Hinblick auf eine Lockerung des Vertragszwangs und im Hinblick auf die Vertragsfreiheit beim Volk nicht mehrheitsfähig ist, also keine Lösung bringen wird. Es braucht eine Lösung der kleinen Schritte. Einen dieser kleinen Schritte können wir heute tun, indem wir die bisherige Lösung verlängern. Wenn wir heute nicht auf die Vorlage eintreten, führen wir diese Stop-and-go-Lösung weiter, die jetzt verschiedentlich kritisiert worden ist. Ende Juni 2016 sind wir wieder gleich weit – dann haben wir nämlich keine Lösung und müssten möglicherweise wieder im Dringlichkeitsverfahren etwas beschliessen.

Ich möchte jetzt noch einmal in Erinnerung rufen, worum es geht. Und ich bitte Sie auch, die Fahne hervorzunehmen. Dann werden Sie sehen, dass sämtliche Artikel, die vom Bundesrat vorgeschlagen wurden, gestrichen werden und nur Artikel 55a bleibt, der den Kantonen die Kompetenzen gibt, zu steuern. Der Artikel enthält aber eine Ausnahme für sämtliche Ärzte und Ärztinnen, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig waren. Dieses Kriterium, das vor allem der Sicherung der Qualität und der Patientensicherheit dient, ist von Ärzten akzeptiert und behindert auch nicht das berufliche Fortkommen junger Schweizer Ärzte.

Diese Lösung steht im Übrigen auch nicht im Widerspruch zur Motion Stahl 13.3265. Auch wenn mit der Motion Stahl eine Lockerung des Vertragszwangs umgesetzt wird, braucht es gewisse Rahmenbedingungen, insbesondere bezüglich Qualität und Patientensicherheit. Da ist diese Voraussetzung der dreijährigen Weiterbildung an einer schweizerischen Institution durchaus eine sinnvolle Lösung.

Ich erinnere noch einmal an das Resultat in der Kommission, welche in der Gesamtabstimmung dieser Lösung mit 17 zu 6 Stimmen zugestimmt hat. Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten, wie es die Kommission mit 14 zu 11 Stimmen gemacht hat, und dann in der Gesamtabstimmung der Vorlage zuzustimmen.

**Steiert Jean-François** (S, FR), pour la commission: Quelques mots pour reprendre certains propos qui ont été tenus.

Il a été dit par le porte-parole de la minorité qu'il n'y avait aucun chiffre pour prouver l'efficacité de la mesure que recommande la majorité de la commission. On peut évidemment toujours dire que chacun fausse les statistiques comme il le veut, mais on peut aussi exagérer cette attitude. Les chiffres présentés par le Conseil fédéral et par mon collègue – je ne vais pas les répéter – montrent clairement que les mesures que nous avons prises et que les cantons ont appliquées ont eu des effets. Vous vous dites fédéralistes, alors constatez tout de même que la grande majorité des cantons a fait usage de la possibilité que nous leur avons donnée de piloter, chacun en fonction de ses besoins, l'offre médicale. Nous pouvons partir de l'idée que si une grande majorité des cantons utilisent un outil, l'existence de ce dernier a bien un certain sens.

Deuxièmement, l'intervention de plusieurs collègues peut donner l'impression que nous nous prononçons actuellement sur le projet du Conseil fédéral. Nous ne nous prononçons pas sur le projet du Conseil fédéral, mais uniquement sur la solution proposée par la majorité de la commission, qui n'est pas une révolution. La majorité de la commission vous propose simplement de reprendre la solution que nous pratiquons depuis quelques années – une solution qui a fait ses preuves – et de lui enlever sa date de péremption pour pouvoir la prolonger et ainsi éviter de nous arrêter, de recommencer, de nous arrêter et de recommencer à nouveau, ce qui rend le système très instable.

Monsieur le conseiller fédéral Berset vient de dire qu'il ne demandait pas de vote sur le projet du Conseil fédéral. Il y a deux raisons à cela. D'une part, le Conseil des Etats pourra toujours, s'il le souhaite, reprendre certains éléments qui lui semblent essentiels pour éventuellement aller plus loin; il faudra ensuite trouver des solutions entre les deux conseils. D'autre part, une partie des mesures, et notamment celles qui permettent aux cantons de développer l'offre, d'encourager une offre supplémentaire lorsqu'elle est insuffisante, peuvent partiellement aussi être réalisées dans le cadre des compétences actuelles des cantons.

On nous a dit que la solution présentée ici était une solution centraliste. Rien n'est plus faux: la solution proposée par la majorité de la commission permet aux cantons d'utiliser ou non l'outil proposé. Enfin, dans l'intérêt des patients, des médecins et des cantons, je vous recommande, au nom de la majorité de la commission, de dire oui à cette solution certes modeste, qui n'est pas la panacée, mais qui se veut une solution équilibrée entre l'aspect du coût et l'aspect de l'offre. Je vous recommande de dire oui à une solution modérée, comme l'a fait la commission en décidant par 14 voix contre 11 d'entrer en matière, et en adoptant le projet par 17 voix contre 6 lors du vote sur l'ensemble, plutôt que de supprimer le libre choix des médecins comme l'ont demandé certains représentants de la minorité de la commission.

**Le président** (Rossini Stéphane, président): Nous votons sur la proposition de non-entrée en matière de la minorité Stolz.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 15.020/12 243)

Für Eintreten ... 111 Stimmen

Dagegen ... 76 Stimmen

(0 Enthaltungen)

## **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Steuerung des ambulanten Bereichs)**

### **Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Pilotage du domaine ambulatoire)**

*Detailberatung – Discussion par article*

#### **Titel**

*Antrag der Kommission*

... (Regulierung der Zulassung)

#### **Titre**

*Proposition de la commission*

... (Réglementation de l'admission)

*Angenommen – Adopté*

#### **Ingress, Ziff. I Einleitung**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

#### **Préambule, ch. I introduction**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 39 Abs. 1 Bst. e; Gliederungstitel nach Art. 40; Art. 40a–40c**

*Antrag der Kommission*

Streichen

#### **Art. 39 al. 1 let. e; titre suivant l'art. 40; art. 40a–40c**

*Proposition de la commission*

Biffer

*Angenommen – Adopté*

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

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Einschränkung und Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung

*Abs. 1*

Der Bundesrat kann die Zulassung von folgenden Personen zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig machen:

- a. Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 36, ob sie nun ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig ausüben;
- b. Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit in Einrichtungen nach Artikel 36a oder im ambulanten Bereich von Spitälern nach Artikel 39 ausüben.

*Abs. 2*

Kein Bedürfnisnachweis ist erforderlich für Personen, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

*Abs. 3*

Der Bundesrat legt die Kriterien fest, die für den Bedürfnisnachweis massgeblich sind; vorgängig hört er die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer sowie der Patientinnen und Patienten an.

*Abs. 4*

Die Kantone bestimmen die Personen nach Absatz 1. Sie können deren Zulassung an Bedingungen knüpfen.

*Abs. 5*

Eine Zulassung verfällt, wenn nicht innert einer bestimmten Frist von ihr Gebrauch gemacht wird, ausser wenn die Frist aus berechtigten Gründen wie Krankheit, Mutterschaft oder Weiterbildung nicht eingehalten werden kann. Der Bundesrat legt die Frist fest.

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

*Proposition de la commission*

*Titre*

Limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

*Al. 1*

Le Conseil fédéral peut faire dépendre de l'établissement de la preuve d'un besoin l'admission des personnes suivantes à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins:

- a. les médecins visés à l'article 36, qu'ils exercent une activité dépendante ou indépendante;
- b. les médecins qui exercent au sein d'une institution au sens de l'article 36a ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'article 39.



*Al. 2*

Ne sont pas soumis à la preuve du besoin les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu.

*Al. 3*

Le Conseil fédéral fixe les critères permettant d'établir la preuve du besoin après avoir consulté les cantons, les fédérations de fournisseurs de prestations, les fédérations des assureurs et les associations de patients.

*Al. 4*

Les cantons désignent les médecins visés à l'alinéa 1. Ils peuvent assortir leur admission de conditions.

*Al. 5*

L'admission expire lorsque son titulaire n'en fait pas usage dans un certain délai, sauf justes motifs tels que maladie, maternité ou formation postgrade. Le Conseil fédéral fixe le délai applicable.

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. II**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. II**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

*(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 15.020/12 245)*

Für Annahme des Entwurfes ... 128 Stimmen

Dagegen ... 55 Stimmen

(4 Enthaltungen)

*Abschreibung – Classement*

*Antrag des Bundesrates*

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse

gemäss Brief an die eidgenössischen Räte

*Proposition du Conseil fédéral*

Classer les interventions parlementaires

selon lettre aux Chambres fédérales

*Angenommen – Adopté*

13.423

## **Parlamentarische Initiative Sommaruga Carlo.**

### **Der finanziellen Ausbeutung von Prostituierten ein Ende setzen**

#### **Initiative parlementaire**

**Sommaruga Carlo.**

### **Mettre fin à l'exploitation financière des femmes et hommes exerçant la prostitution**

*Vorprüfung – Examen préalable*

Nationalrat/Conseil national 07.09.15 (Vorprüfung – Examen préalable)

*Antrag der Mehrheit*

Der Initiative Folge geben

#### *Antrag der Minderheit*

(Flach, Chevalley, Merlini, Monnard, Perrinjaquet, Reimann Lukas, Rickli Natalie, Schwander, Stamm)

Der Initiative keine Folge geben

*Proposition de la majorité*

Donner suite à l'initiative

*Proposition de la minorité*

(Flach, Chevalley, Merlini, Monnard, Perrinjaquet, Reimann Lukas, Rickli Natalie, Schwander, Stamm)

Ne pas donner suite à l'initiative

**Le président** (Rossini Stéphane, président): Vous avez reçu un rapport écrit de la commission. Monsieur Sommaruga renonce à motiver son initiative parlementaire.

**Flach Beat** (GL, AG): Die parlamentarische Initiative Sommaruga Carlo möchte erreichen, dass die finanzielle Ausbeutung von Prostituierten vor allen Dingen bei der Miete für ihre Räumlichkeiten verboten wird. Das wäre eigentlich eine Rückkehr zum Verbot der sogenannten passiven Unterstützung der Prostitution. Wir müssen uns im Klaren darüber sein, dass wir, sobald wir diese wieder unter Strafe stellen, eigentlich all diejenigen, die Prostituierten Räumlichkeiten zur Verfügung stellen, all diejenigen, die Geschäftsräume, Wohnungen usw. zur Verfügung stellen, plötzlich vor die Frage stellen, was denn noch ein gerechtfertigter Mietpreis für ein Objekt ist. Wir hebeln dann quasi dort den Markt aus und sagen: «Das ist eine gerechtfertigte Miete.» Das bedeutet auf der anderen Seite, dass sich Mieterinnen, auch wenn sie diese Räumlichkeiten beispielsweise gemeinsam mieten, zur passiven Unterstützung der Zuhälterei bekennen müssten. Das heisst, es würde in diesen Markt eingegriffen, und die Personen, die wir eigentlich schützen wollen, würden wir stattdessen erst recht wieder in die Illegalität treiben. In den Siebzigerjahren gab es den Straftatbestand der passiven Förderung der Prostitution, wenn Räumlichkeiten vermietet wurden. Das hat dazu geführt, dass die Frauen in die Illegalität gedrängt wurden. Das heisst, Mietverträge wurden unter der Hand abgeschlossen. Es gab offizielle Mietverträge und unter der Hand abgeschlossene Mietverträge. Sobald Sie die Frauen dazu bringen, solche unter der Hand abgeschlossenen Mietverträge zu akzeptieren, bringen Sie sie in die Situation, dass sie sich quasi illegal verhalten müssen, um überhaupt ihr Geschäft betreiben zu können. Ich bitte Sie deshalb namens der Minderheit, der parlamentarischen Initiative keine Folge zu geben.

**Schneider Schüttel Ursula** (S, FR), für die Kommission: Die vorliegende parlamentarische Initiative will die passive Zuhälterei wiederum als strafbare Handlung ins Strafgesetzbuch aufnehmen: Sie soll von Amtes wegen verfolgt werden. Die Kommission für Rechtsfragen unseres Rates hat der parlamentarischen Initiative bereits am 7. November 2013 mit 11 zu 10 Stimmen bei 2 Enthaltungen Folge gegeben. Die Kommission für Rechtsfragen des Ständerates hat jedoch am 3. Juli 2014 diesem Beschluss mit 7 zu 1 Stimmen nicht zugestimmt. Damit musste unsere Kommission die parlamentarische Initiative ein weiteres Mal beraten. Bis 1992 enthielt das Strafgesetzbuch eine Bestimmung über die passive Zuhälterei: Danach machte sich strafbar, wer sich von einer Person, die gewerbsmässig Unzucht betrieb, unter Ausbeutung ihres unsittlichen Erwerbs ganz oder teilweise unterhalten liess. Diese Bestimmung wurde im Rahmen der Revision des Sexualstrafrechts ersatzlos gestrichen, namentlich deshalb, weil damit eher eine missbilligte Lebensform pönalisiert wurde, ohne dass es darauf ankam, ob ein Täter irgendein Abhängigkeitsverhältnis ausgenutzt hatte oder nicht. Stattdessen wurde in der Revision mit Artikel 195 StGB ein neuer Tatbestand der Förderung der Prostitution aufgenommen, der hauptsächlich die Entscheidungsfreiheit von Prostituierten schützen will. Die parlamentarische Initiative will nun denjenigen bestrafen, der einen unverhältnismässigen Vermögensvorteil oder