



18.047

KVG. Zulassung von Leistungserbringern**LAMal. Admission des fournisseurs
de prestations***Différences – Divergences*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.12.18 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 03.06.19 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 11.09.19 (DIFFÉRENCES - DIVERGENCES)

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 04.12.19 (DIFFÉRENCES - DIVERGENCES)

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

Bischof Pirmin (M, SO), für die Kommission: Bei diesem Geschäft befinden wir uns in der Differenzbereinigung, und auf den ersten Blick scheint alles klar zu sein. Es gibt keine einzige Minderheit, es gibt keine Einzelanträge, und praktisch alle Beschlüsse Ihrer Kommission sind einstimmig gefasst worden. So weit, so gut. Aber es ist auch im zweiten Durchgang nicht gelungen, den grössten Teil der Differenzen zwischen den beiden Räten zu beseitigen. Die Situation ist die, dass wir auch nach der zweiten Runde die erheblichen Differenzen zum Nationalrat aufrechterhalten haben. Zum Teil bestehen die Konzepte Bundesrat, Nationalrat und ständerätliche Kommission nebeneinander, was sich auch nach der heutigen Debatte nicht ändern wird. Das ist auch der Grund dafür, dass ich zu einigen Punkten, auch wenn sie in unserer Kommission unbestritten waren, zuhänden des Amtlichen Bulletins und im Hinblick auf eine mögliche Einigungskonferenz einige Ausführungen machen muss.

Wir haben mit dieser Zulassungsvorlage eine wichtige Vorlage vor uns, eine Fragestellung, die seit Jahren, um nicht zu sagen Jahrzehnten, umstritten ist. Seit 2003 haben wir ein an sich funktionierendes System, das aber auf einem ständigen Provisorium beruht – "c'est le provisoire qui dure"! Mit dieser Vorlage möchte man hier stabile Verhältnisse schaffen. Darüber, dass man das tun möchte, besteht zwischen beiden Räten schon Übereinstimmung, aber die Frage, wie man das tun möchte, bleibt umstritten.

Der Nationalrat hat zwar einige Schritte auf den Ständerat zu gemacht. So verzichtet er jetzt auf die Einführung der Vertragsfreiheit, was mit Blick auf ein mögliches Referendum sicher eine grosse Belastung für die Vorlage geworden wäre. Aber die wesentlichen Differenzen bleiben auch nach der

AB 2019 S 1046 / BO 2019 E 1046

zweiten Beratung im Nationalrat bestehen. Insbesondere beharrt der Nationalrat darauf, diese Vorlage formell mit der sogenannten Efas-Vorlage zu verknüpfen. Dies bedeutet, dass zwei Vorlagen, die in einem völlig unterschiedlichen Takt unterwegs sind, miteinander verlinkt werden, was wiederum bedeuten würde, dass die Vorlage, mit der wir uns jetzt befassen, wahrscheinlich verzögert würde. Unsere Kommission beantragt Ihnen hier festzuhalten; ich komme darauf zurück.

Ausserdem sieht Ihre Kommission das Rollenverständnis, das Spiel zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern, nicht gleich wie der Nationalrat. Ich komme bei zwei Fragen darauf zurück. Nach erneuter Befragung der Kantone, insbesondere der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz, schlägt Ihnen Ihre Kommission vor, dem Bedürfnis der Kantone stärker nachzukommen, als dies der Nationalrat wollte. Dies bedeutet im Gegenzug, den Bedürfnissen der Versicherer in dieser Situation etwas weniger entgegenzukommen. Dies zur Einleitung.

Ich würde Sie deshalb in der Folge bitten, überall Ihrer Kommission zuzustimmen; da aber keine Anträge vorliegen, wird es wahrscheinlich gar keine Abstimmungen geben.

Berset Alain, conseiller fédéral: Le rapporteur a rappelé l'état de ce dossier, qui est très important dans le domaine du système de la santé. Ce dossier a aussi une longue histoire, puisque les possibilités d'intervention



pour les cantons existent depuis presque 20 ans. L'augmentation du nombre de praticiens est d'ailleurs une des suites de la libre circulation des personnes. Le but était de pouvoir maîtriser les choses sur le plan des soins en ambulatoire. C'était une solution provisoire, qui a été prolongée. On a essayé une fois, en 2012, de l'abolir, mais cela ne s'est pas bien passé: des cantons nous ont fait remarquer que le nombre de médecins installés, et de demandes de pouvoir facturer les soins à la charge de l'assurance de base, avaient explosé, ce qui a eu pour conséquence une augmentation des coûts. Il a fallu remettre en place une solution provisoire. On a essayé – et votre conseil a soutenu cette proposition – d'avoir une solution stable dès 2015. Le Conseil national l'avait rejetée, et c'est la raison pour laquelle ce projet est toujours en discussion. J'espère vraiment qu'on va maintenant réussir à trouver une solution stable.

Il s'agit donc non seulement d'améliorer la qualité des prestations et de durcir les conditions à remplir pour pouvoir fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, mais aussi de donner aux cantons les instruments nécessaires pour gérer l'offre médicale. Il ne faut pas oublier que le domaine de l'ambulatoire représente environ 13 milliards de francs à la charge de l'assurance obligatoire des soins, soit environ 40 pour cent des coûts, donc des primes d'assurance-maladie payées. Avec l'évolution des primes que l'on connaît, la moindre des choses que l'on puisse faire maintenant, c'est de proposer une solution stable pour que les cantons puissent agir.

L'élimination des divergences ne donnera – je pense – pas forcément lieu à une longue discussion tout à l'heure. Votre commission a montré la voie à suivre. Nous partageons entièrement l'appréciation de la commission lorsqu'elle dit qu'il est nécessaire de mieux tenir compte de l'avis des cantons sur ce sujet. Il y a plusieurs éléments sur lesquels les cantons ont dit qu'il fallait faire attention, qu'il était très important pour eux d'avoir une formulation plutôt qu'une autre. C'est ce que la commission a fait. De notre point de vue, dans l'élimination des divergences – je vous ne le cacherai pas –, il eût été possible d'en éliminer une ou deux de plus que ce qu'a fait la commission. Mais dans le travail parlementaire, c'est à vous de trancher cette question. Ce qui nous paraît extrêmement important, c'est en tout cas de ne pas faire le lien avec le projet qui sera discuté une première fois au Parlement tout bientôt, à savoir le projet de financement unitaire des soins ambulatoires et stationnaires, dit Efas.

Le projet Efas en est à ses premiers pas, il va arriver sur la table du Conseil des Etats. Or, faire un lien de nature matérielle et formelle entre le projet qui nous occupe aujourd'hui et le projet Efas pourrait faire courir le risque que le second n'aboutisse pas. Bien sûr, il y a un lien matériel entre les deux projets, on le sent bien. Le projet Efas va suivre son cours, on verra ce que vous en ferez, peut-être avec l'accompagnement du Conseil fédéral. Mais il est nécessaire aujourd'hui de faire le pas consistant à créer des bases stables permettant de traiter ensuite le projet Efas, qui sera prochainement à l'ordre du jour de votre commission.

En ce qui concerne les autres éléments, nous pouvons sans problème nous rallier aux propositions faites par votre commission. Dans le cadre de l'élimination des divergences, une orientation a été définie, et vous montrez également qu'il faut mieux tenir compte de l'avis des cantons, ce qui nous paraît être une bonne chose.

Art. 36a Titel, Abs. 3

Antrag der Kommission
Festhalten

Art. 36a titre, al. 3

Proposition de la commission
Maintenir

Bischof Pirmin (M, SO), für die Kommission: Hier haben wir schon eine aussergewöhnliche Ausgangslage: Wir hatten eigentlich Einigkeit zwischen den Räten, es bestand keine Differenz mehr. Die nationalrätliche Kommission und der Nationalrat beantragen nun Rückkommen, um eine Differenz zu schaffen.

Ihre Kommission schlägt Ihnen vor, Rückkommen zu gewähren, aber aus rein formellen Gründen, um die Diskussion nicht zu verweigern. Im Effekt hält Ihre Kommission vollständig an der Differenz zum Nationalrat fest.

Um die Debatte zu verkürzen, spreche ich jetzt zu einem Konzept, das aus insgesamt vier Artikeln an vier verschiedenen Orten Ihrer 15-seitigen Fahne besteht. Es geht um Artikel 36a auf Seite 2, um Artikel 38 Absatz 2 auf Seite 5, um Artikel 40e Absatz 3 auf Seite 6 und um Artikel 59 Absatz 5 auf Seite 15. Es geht um die relativ einfache Frage, wer die Aufsicht über die Ärztinnen und Ärzte haben soll. Sollen das die Kantone oder die Krankenversicherer sein? Diese Frage stellt sich insbesondere später bei der Einhaltung der Qualität und



nicht so sehr bei der Zulassungsfrage.

Der Nationalrat hat sich zum zweiten Mal deutlich dafür ausgesprochen, dass den Krankenversicherern hier eine entscheidende Rolle zukommen soll. Nach erneuter Befragung der Kantone wurde dies aufseiten der Kantone bzw. der GDK als *Casus Belli* angesehen. Die Kantone beharren mit aller Kraft darauf, dass die entsprechende Kontrollkompetenz bei ihnen bleibt und nicht zu den Krankenversicherern geht. Ihre Kommission hat sich nach einer längeren Debatte dieser Auffassung angeschlossen. Ihre Kommission hat einstimmig beschlossen – einstimmig! –, daran festzuhalten, dass die kantonalen Behörden auch Verstösse gegen Qualitätsauflagen sanktionieren können. Dies betrifft nun im Kern die vier von mir besprochenen Artikel.

Ich bitte Sie auch hier, festzuhalten und die Differenz zum Nationalrat aufrechtzuerhalten, um nicht eine Vorlage zu schaffen, die schon von vornherein am entschiedenen Widerstand der Kantone scheitern würde.

Berset Alain, conseiller fédéral: Nous pouvons soutenir la solution proposée par votre commission parce qu'elle va effectivement dans le sens de ce que les cantons souhaitent. Cela dit, j'ai mentionné lors de ma première intervention des points sur lesquels on ne pouvait pas ne pas tenir compte de l'avis des cantons. Il y a des points sur lesquels des compromis sont peut-être encore possibles. Ici, cela ne nous paraît pas totalement unimaginable dans une phase ultérieure, parce que, dans le fond, tout cela conduirait simplement à clarifier les rôles avec, d'un côté, les cantons qui auraient la responsabilité, comme c'est le cas actuellement, de contrôler les admissions et de veiller à ce que les critères d'entrée fixés soient respectés et, de l'autre, les assureurs qui surveilleraient la qualité et l'économicité des prestations fournies. Cela permettrait, au niveau de la loi, de clarifier les rôles.

AB 2019 S 1047 / BO 2019 E 1047

Il faut également rappeler que le fait de laisser aux assureurs la responsabilité de surveiller la qualité et l'économicité des prestations pourrait être vu comme quelque chose de cohérent avec un autre projet important – 15.083, "LAMal. Renforcement de la qualité et de l'économicité" – que le Parlement a adopté lors de la session d'été.

Nous nous rallions donc complètement à ce que la commission propose, mais nous faisons remarquer que c'est éventuellement un point sur lequel, dans une phase ultérieure des débats, dans le cadre de l'élimination des divergences entre les conseils, un compromis est peut-être encore possible.

Angenommen – Adopté

Art. 37 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 37 al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Bischof Pirmin (M, SO), für die Kommission: Hier beantragt Ihnen Ihre Kommission, dem Nationalrat zu folgen. Allerdings sind zuhänden des Amtlichen Bulletins einige Präzisierungen zu diesem Artikel nötig. Es geht um die Frage, wann schweizerische und insbesondere ausländische Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz zugelassen werden, und zwar hinsichtlich der Kompetenzen, die sie haben, namentlich der Sprachenfrage. Der Nationalrat hat das Konzept des Ständerates mehrheitlich übernommen und etwas ergänzt – Sie sehen das auf Seite 3 der Fahne bei Artikel 37 Absatz 1.

Die Kommission beantragt, das Konzept des Nationalrates zu übernehmen. Es geht um Folgendes:

1. Die Zulassung soll erteilt werden, wenn ein Leistungserbringer drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte im beantragten ärztlichen Fachgebiet arbeitete.
2. Für die Zulassung muss zudem, also kumulativ, die in der Tätigkeitsregion notwendige Sprachkompetenz vorliegen, Deutsch für die Deutschschweiz, Französisch für die Romandie und Italienisch für das Tessin. Diese Sprachkompetenz muss, entgegen der ursprünglichen Meinung des Nationalrates, durch eine Sprachprüfung nachgewiesen werden.
3. Das Konzept sieht Ausnahmen von der Nachweispflicht durch eine Prüfung vor. Das ist dann eigentlich der Streitgegenstand gewesen. Wenn eine Prüfung nicht abgelegt wird, sind Ausnahmen dann möglich, wenn keine Qualitätseinbussen entstehen. Die Pflicht zu einer Prüfung soll insbesondere entfallen, wenn eine schweizerische gymnasiale Maturität vorliegt.



Die grosse Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer, die eine akademische Laufbahn einschlagen – also auch die Ärztinnen und Ärzte –, absolviert eine eidgenössisch anerkannte kantonale Maturitätsprüfung. Nur eine kleine Minderheit macht die sogenannte eidgenössische Maturität. Gemäss dem Bundesamt für Statistik gibt es zwar pro Jahr rund 470 Maturitätsausweise aus einer eidgenössischen Matura, aber über 18 000 Maturitätsausweise aus einer eidgenössisch anerkannten kantonalen Maturität. Mit der vielleicht etwas missverständlichen Formulierung des Nationalrates ist selbstverständlich gemeint, dass eine kantonale oder eine eidgenössische Maturität die Anforderungen erfüllt. Beide Maturitäten genügen für die Zulassung, beide Maturitäten entbinden demzufolge von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz – beide gymnasialen Maturitäten, aber nicht die Berufsmaturitäten, das ist ebenfalls selbstverständlich. Dort bleibt die entsprechende Prüfung zu absolvieren, was insbesondere für ausländische Ärzte gilt.

Für schweizerische Ärztinnen und Ärzte ist nun wichtig: Wenn die Sprache in der Tätigkeitsregion Gegenstand der bestehenden Maturitätsprüfung ist, wird von einer Prüfung abgesehen. Basis für die Beurteilung, ob diese Äquivalenz vorliegt, ist beispielsweise ein Sprachniveau C1. Nun ist es so, dass Deutsch bzw. Französisch Teil einer normalen schweizerischen gymnasialen Maturität sind. Deshalb wird hier zu Recht eine Ausnahme von der Sprachprüfung gewährt. Das gilt auch, wenn Italienisch Teil einer entsprechenden schweizerischen gymnasialen Maturität war und es sich um eine Tätigkeit einer Ärztin oder eines Arztes in der italienischsprachigen Schweiz, also im Tessin oder im italienischsprachigen Teil Graubündens, handelt.

Konkret und unter dem Strich heisst das Folgendes – diese drei Beispiele sind in der Kommission diskutiert worden –:

1. Wenn eine rumänische Ärztin eine schweizerische Maturität in Englisch ablegt – es gibt schweizerische Maturitätsprüfungen in Englisch –, dann genügt das in allen drei Landesteilen nicht für eine Berufsausübung. Diese Ärztin muss zusätzlich eine schweizerische Sprachprüfung machen.

2. Wenn ein rumänischer Arzt eine rumänische Maturität vorlegt, die er in Rumänien auf Deutsch abgeschlossen hat – Rumänien hat deutschsprachige Gebiete –, dann muss er, wenn er in der Deutschschweiz tätig sein will, keine Prüfung ablegen. Man geht davon aus, dass der Tatbeweis – der Nationalrat ist immer vom sogenannten Tatbeweis ausgegangen – durch die dreijährige Tätigkeit im Fachgebiet zusammen mit der deutschsprachigen Matura aus Rumänien erbracht ist.

3. Etwas umstritten in der Kommission war die Frage, wie die Situation bei einem Zürcher Arzt ist, der eine Zürcher Maturität abgeschlossen hat und in Genf tätig sein möchte. Denken Sie daran, die Geschichte geht ja an den Nationalrat zurück. Ihre Kommission war mehrheitlich der Meinung – ich habe die Äusserungen im Protokoll nachgelesen –, dass der Zürcher Arzt, der in Genf tätig sein will, keine Sprachprüfung ablegen muss. Eine kantonale schweizerische Maturität, die auf Deutsch abgeschlossen wird, beinhaltet Französisch auf genügendem Niveau. Es ist zwar nicht sichergestellt, dass ein Zürcher Absolvent wirklich Französisch sprechen kann. Aber rein formell sollte die schweizerische Maturität, die er abgeschlossen hat, genügen. Das heisst, er muss keine Prüfung ablegen. Das wird vielleicht im Nationalrat noch einmal Gegenstand der Debatte sein. Ich habe das zuhänden des Amtlichen Bulletins gesagt, weil hier zwischen beiden Räten und auch innerhalb der Kommissionen Differenzen bestanden haben.

Angenommen – Adopté

Art. 38

Antrag der Kommission

Abs. 2

Festhalten

Abs. 3

Streichen

Art. 38

Proposition de la commission

Al. 2

Maintenir

Al. 3

Biffer

Angenommen – Adopté

**Art. 40e Abs. 3; 53 Abs. 1***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 40e al. 3; 53 al. 1*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

Bischof Pirmin (M, SO), für die Kommission: Zu Artikel 40e habe ich eingangs bereits Ausführungen gemacht; er ist Teil eines Konzepts. Hingegen beantragen wir bei Artikel 53, keine Gabelung des Rechtswegs vorzunehmen. Dieses Risiko, dass zwei verschiedene Rechtswege im Bereich der Aufsicht vorgesehen werden, hätte an sich in der ursprünglichen ständerätlichen Version bestanden. So, wie der Nationalrat das

AB 2019 S 1048 / BO 2019 E 1048

Konzept jetzt abgeschlossen hat, führt das dazu, dass gesundheitspolitische Verfügungen einheitlich vor dem Bundesgericht angefochten werden können und dass sozialversicherungsrechtliche Verfügungen einheitlich vor dem Bundesverwaltungsgericht angefochten werden können. Dieser Auffassung folgt Ihre Kommission.

*Angenommen – Adopté***Art. 55a***Antrag der Kommission**Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 6, 7

Festhalten

Art. 55a*Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 6, 7

Maintenir

Bischof Pirmin (M, SO), für die Kommission: Bei Absatz 1 geht es um eine Kernfrage der Vorlage. Es geht im Zusammenhang mit der nächsten Frage dann darum, ob die Kantone zur Ergreifung von Massnahmen verpflichtet sind oder nicht. Der Bundesrat beabsichtigte ursprünglich eine Kann-Formulierung, der Nationalrat hat dann eine Muss-Formulierung eingeführt. Der Ständerat ist der bundesrätlichen Lösung gefolgt. Der Nationalrat hat an seiner Version festgehalten, und zwar sehr deutlich mit 146 zu 30 Stimmen.

Ihre ständerätliche Kommission schlägt Ihnen nun vor, in diesem Bereich – also nur bei der Frage einer Kann- oder Muss-Formulierung – dem Nationalrat zu folgen. Heute besteht die Situation, dass 22 von 26 Kantonen ohnehin schon entsprechende Einschränkungen vornehmen. Vier Kantone tun dies nicht. Die grosse Mehrheit tut das also schon. Es ist gemäss Ihrer Kommission insbesondere auch nicht vorgesehen, dass Ausnahmen für Regionen gemacht werden sollen, die eine Unterversorgung aufweisen. Regionen mit einer Unterversorgung können nicht dadurch besser behandelt werden, indem man zulässt, dass die Qualität der Ärztinnen und Ärzte in dieser Region schlechter ist.

Betreffend die Kann- oder Muss-Formulierung können wir dem Nationalrat folgen. Hingegen können wir das bei der nächsten Differenz dann nicht tun, und diese ist mit dieser hier verbunden.

Bei den Absätzen 6 und 7 geht es um zwei verschiedene Fragen, ich spreche zu beiden.

Die Differenz bei Absatz 6 – auf Ihrer Fahne auf Seite 11 – ist nun eine sehr wichtige. Der Nationalrat hat deutlich an seiner Position festgehalten, und Ihre Kommission beantragt Ihnen ebenso deutlich – eigentlich noch deutlicher, der Entscheid fiel mit 10 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen –, an der Version des Ständerates festzuhalten.

Ihre Kommission lehnt einen zwingenden Zulassungsstopp für den Fall, dass ein überdurchschnittlicher Kostenanstieg in einem medizinischen Fachgebiet festgestellt wird, ganz entschieden ab. Auf den ersten Blick klingt dieser Stopp vernünftig, auf den zweiten Blick ist er nach Auffassung Ihrer Kommission kontraproduktiv. Denn die Statistiken belegen, dass die Kosten in einem bestimmten Fachbereich nicht parallel zur Anzahl der



Ärztinnen und Ärzte im betreffenden Fachgebiet steigen oder sinken. Das ist nicht immer der Fall, aber es ist recht oft der Fall; wir haben drei Kantone durchgespielt.

Die Folge der nationalrätlichen Regelung wäre nicht etwa, dass in städtischen Regionen die Zahl der Spezialisten – also etwa der immer wieder genannten Psychiater in Genf – reduziert würde, sondern es würde in fünfzehn Kantonen der Schweiz ein Versorgungsproblem bei den Kinderärzten entstehen. Das wäre nun wirklich eine ungewollte Konsequenz. Die Kommission ist sich auch bewusst, dass die Grundversorgung, der Hausarzt, die Hausärztin, auch ein Fachgebiet ist. Wenn Sie nun einen Kanton haben, der zu wenig Hausärzte hat – solche Kantone gibt es immer mehr –, und dieser Kanton das Glück hat, dass zwei oder drei neue Hausärzte kommen wollen, dann dürfte er die nicht mehr zulassen, wenn das zu einer entsprechenden Kostensteigerung auf der Basis des Vorjahres führen würde.

Bei dieser Ausgangslage schlägt Ihnen also Ihre Kommission vor, an Ihrer bisherigen Position festzuhalten. Das heisst, die Kantone können je nach Ausgangslage einen entsprechenden Stopp verfügen, aber sie müssen das nicht tun.

Absatz 7 betrifft eine andere Frage. Der Nationalrat hat hier recht deutlich, mit 131 zu 52 Stimmen, beschlossen, den Versicherern ein Recht auf Beschwerde gegen die entsprechenden Verfügungen der Kantone einzuräumen. Darüber kann man an sich diskutieren. Hier hat die Stellungnahme der GDK allerdings ergeben, dass ein solches Beschwerderecht als eigentliche Kampfansage an die Kantone verstanden würde. 22 von 26 Kantonen setzen die Bestimmungen der Absätze 1 und 6 bereits um, und es würde dann die Gefahr bestehen, dass mit dem Beschwerderecht eine Blockade entsteht.

In dieser Situation und bei dieser Frage hat sich deshalb Ihre Kommission entschieden, festzuhalten und den Versicherern hier kein Beschwerderecht einzuräumen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Pour ces deux points, la question posée par la commission est très importante. Nous soutenons pleinement et entièrement le maintien de la divergence. Il s'agit de deux points très importants aussi pour les cantons. Je vais parler brièvement des deux.

D'abord, en ce qui concerne le premier point, soit l'alinéa 6, ce n'est pas en soi une mauvaise idée de vouloir essayer de contrôler l'évolution des coûts, mais le mécanisme proposé par le Conseil national conduirait à une situation inextricable dans les cantons. Le rapporteur a donné l'exemple des pédiatres; je pourrais vous donner des exemples, dans certaines spécialités, qui touchent tous les cantons et qui montrent que des problèmes seraient posés avec l'automatisme prévu par le Conseil national. En effet, en fonction des cas qui se présentent, les coûts peuvent varier de manière assez importante d'une année à l'autre, et ce non seulement dans les plus petits cantons, mais aussi dans les plus grands.

J'ai un exemple à vous citer, c'est celui du canton de Vaud. Dans le domaine de l'oncologie médicale, on a connu une hausse des coûts par assuré de plus de 13 pour cent entre 2016 et 2017, parce qu'il y avait à cette période des cas particuliers. Mais l'année suivante ce n'était plus que 1,4 pour cent. Cela pourrait donc conduire à une politique dans laquelle on bloque et on permet, de manière répétée, l'admission de médecins, alors que cette appréciation doit être laissée, aussi sur le plan politique, aux cantons. Il faut qu'ils puissent agir – c'est ce que vous souhaitez et c'est très important. Mais si un canton arrive à la conclusion que les évolutions de coûts, marquées par des hausses et des baisses, ont une explication autre que simplement le fait qu'il y a trop, par exemple, de médecins, il faut aussi que le canton puisse agir et ne pas avoir un automatisme.

Il y a un autre exemple, que j'ai sous les yeux, qui est celui du canton de Glaris. Dans ce canton, dans le domaine de la diabétologie et de l'endocrinologie, on a constaté des augmentations ponctuelles de plus de 6 pour cent entre 2015 et 2016. Ces augmentations, très ponctuelles, sont en-dessus de la moyenne suisse. Or, l'année suivante, on a constaté une diminution de 35 pour cent! Dans les plus petits cantons, les variations observées peuvent dépendre d'un cas; il peut suffire d'un ou deux cas de cancer très lourds à traiter pour faire varier de manière importante les coûts. Or, ce n'est pas cela qui devrait conduire automatiquement à décider de l'admission ou non de spécialistes. Donc, sur ce point, il est très important de maintenir la divergence et nous soutenons entièrement votre commission à ce sujet.

L'autre aspect concerne le droit de recours donné aux assureurs. Deux éléments parlent en défaveur de ce droit de recours. Le premier, c'est que toute la construction repose un peu sur l'idée que les cantons n'auraient pas intérêt à limiter les coûts. Mais les cantons ont aussi intérêt à limiter les coûts; ils ont aussi intérêt à travailler pour que les coûts n'explorent pas – c'est le premier élément. Le deuxième élément, c'est qu'avec les droits de recours, les possibilités d'agir en

AB 2019 S 1049 / BO 2019 E 1049

justice, on risque de rendre le système inopérant. La question se poserait donc de savoir, lorsqu'un canton fixe



des limites et qu'il y a un recours, si les limites s'appliquent ou non. Probablement pas. Or ne pas pouvoir appliquer les limites qui seraient fixées par les cantons pourrait rendre le système inopérant. Il s'agit d'un point central pour le Conseil fédéral et pour votre commission, mais aussi pour les cantons, et je vous invite donc à maintenir la divergence ici également, à l'alinéa 7.

Angenommen – Adopté

Art. 57 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 57 al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 59 Abs. 5

Antrag der Kommission

Hat das Schiedsgericht über eine Sanktion für ein Verhalten zu entscheiden, das einer Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen oder Auflagen gleichkommt und für das die kantonale Aufsichtsbehörde bereits eine Massnahme nach Artikel 38 Absatz 2 angeordnet hat, so bestimmt es die Sanktion in der Weise, dass der Leistungserbringer nicht schwerer sanktioniert wird, als wenn über die Sanktionen und die Massnahmen gemeinsam entschieden worden wäre.

Art. 59 al. 5

Proposition de la commission

Si le tribunal arbitral doit statuer sur une sanction pour un comportement assimilable à un non-respect des conditions d'admission ou des charges et pour lequel l'autorité de surveillance cantonale a déjà ordonné une mesure selon l'article 38 alinéa 2, il définit la sanction de manière à ce que le fournisseur de prestations ne soit pas sanctionné plus lourdement que si la décision relative aux sanctions et aux mesures avait été prise conjointement.

Angenommen – Adopté

Ziff. III Abs. 2

Antrag der Kommission

Festhalten

Ch. III al. 2

Proposition de la commission

Maintenir

Bischof Pirmin (M, SO), für die Kommission: Hier haben wir ganz am Schluss noch eine Differenz, und es ist keine kleine. Es ist wahrscheinlich die wichtigste Differenz in der ganzen Vorlage, auch wenn es eine rein formelle Differenz ist.

Der Nationalrat hat sehr deutlich, mit 123 zu 53 Stimmen, noch einmal bestätigt, dass er diese Vorlage formell verknüpfen will mit der sogenannten Vorlage zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der Krankenversicherung (Efas). Das heisst auf Deutsch: Die beiden Gesetze können nur gemeinsam in Kraft treten. Wenn also die Efas-Vorlage mehr Zeit braucht, dann wird die Zulassungsvorlage einfach nicht in Kraft gesetzt, bis die Efas-Vorlage fertig ist.

Hierzu gibt es nicht nur die sehr kritischen Äusserungen der Kantone, die das gar nicht begrüssen – sei es vom Druck her, den sie auf sich spüren, bei der Efas-Vorlage nachzugeben, sei es vom Bedürfnis der Kantone her, die Zulassungsvorlage endlich in Kraft zu setzen. Nein, hier gibt es auch einen faktischen Grund, der sehr stark für Festhalten an dem spricht, was Ihnen die Kommission vorschlägt. Wenn wir jetzt Druck auf die Efas-Vorlage ausüben und die Inkraftsetzung beschleunigen – was rein vom Inhaltlichen her erfreulich wäre –, wenn das



schnell käme, dann widerspräche das der politischen Realität, die wir heute haben. Die Efas-Vorlage braucht, im Gegensatz zur Zulassungsvorlage, noch Zeit. Die Efas-Vorlage ist, auf Deutsch gesagt, eigentlich noch nirgends. Bis da ein Kompromiss zustande gekommen ist – und den braucht es, wenn wir eine Efas-Vorlage wollen, die am Schluss auch hält –, braucht es mehr Zeit, realistisch betrachtet wahrscheinlich viel mehr Zeit, als die Inkraftsetzung der Zulassungsvorlage hier duldet. Aus diesem Grund beantragt Ihnen Ihre Kommission hier einstimmig, festzuhalten.

Zum Schluss möchte ich Ihnen doch noch ein Stimmenverhältnis mitteilen, das ich Ihnen vorenthalten habe, das Stimmenverhältnis zu Artikel 55a. Dort gab es die einzige Gegenstimme, die es in der Kommission überhaupt zu irgendeinem Artikel gegeben hat. Bei Artikel 55a war nämlich das Verhältnis 9 zu 1 Stimmen bei 2 Enthaltungen. Sonst waren alle Abstimmungen in der Kommission einstimmig. Ich habe fertig.

Präsident (Stöckli Hans, Präsident): Herr Bundesrat Berset hat sich in seinem Eingangsvotum bereits zu dieser Frage geäußert.

Angenommen – Adopté