

RAPPORT N° 239 20 décembre 2005
du Conseil d'Etat au Grand Conseil
sur le postulat N° 252.04
Françoise Morel/André Ackermann
concernant les installations de haute technicité

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de rapport sur le postulat Françoise Morel/André Ackermann concernant les installations de haute technicité (équipements techniques lourds et autres équipements de médecine de pointe).

Dans leur postulat déposé et développé le 16 juin 2004, les députés Françoise Morel et André Ackermann et 21 cosignataires demandent d'étudier principalement la mise en place d'un système de contrôle sur le développement des installations de haute technicité, l'instauration de mesures évitant le suréquipement, en travaillant sur la complémentarité des structures hospitalières et ambulatoires publiques et privées, les incidences du nouveau tarif médical (TARMED) sur le développement de ce type d'installation, ainsi que la nécessité d'introduire la clause du besoin. Les auteurs du postulat demandent l'établissement d'un rapport sur ces points, dans le but d'éviter toute dépense de santé inutile et non motivée principalement par l'intérêt du patient.

Le Conseil d'Etat y a répondu le 26 octobre 2004 en proposant d'accepter le postulat dans le sens d'une analyse approfondie. Le Grand Conseil a accepté le postulat le 16 décembre 2004.

1. INTRODUCTION

1.1 Historique

Le Grand Conseil a déjà eu l'occasion de s'exprimer sur ce sujet. Lors du débat ayant trait à la loi sur la santé, il a refusé, par 56 voix contre 29, une proposition d'amendement visant à introduire une disposition¹ prévoyant que la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe pouvait être soumise à restriction (Bulletin officiel des séances du Grand Conseil, 14 septembre 1999, p. 1028ss).

1.2 Situation dans d'autres cantons

Depuis les années 90, la nécessité de planifier l'installation des équipements techniques lourds a été largement débattue dans les cantons et surtout au niveau des responsables de la politique sanitaire. Jusqu'à ce jour, des réglementations de restriction ont abouti dans les cantons de Neuchâtel et du Tessin.

a) Canton de Neuchâtel

Dans le canton de Neuchâtel, une disposition légale permettant de soumettre à autorisation l'installation des

équipements techniques lourds a été introduite en 1998. L'arrêté d'exécution y relatif contient une liste de 9 types d'installations: IRM, scanner à rayons X, angiographie digitalisée, PET (Positron Emission Tomography), SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography), scintigraphie (statique ou dynamique), Minéralométrie à rayons X, toute installation de radiothérapie, lithotripteur.

Jusqu'à ce jour, trois demandes d'investissements émanant du secteur public ont été accordées et une reportée. Aucune demande du secteur privé n'a pour l'instant été présentée.

Le Service de la santé publique neuchâtelois reçoit préalablement toutes les demandes et les soumet à l'appréciation d'une commission spéciale mise en place par le Conseil de santé. Au besoin, un expert est associé à la démarche. Tout projet doit être accompagné d'un plan de rentabilité qui doit tenir compte des besoins effectifs. L'appréciation la plus difficile réside néanmoins à vérifier que le coût ne soit pas disproportionné par rapport au bénéfice sanitaire attendu. A cet effet, les réflexions se basent notamment sur des études nationales et internationales. Le but essentiel de la mise en place d'une telle procédure est la régulation de l'offre et la maîtrise des coûts.

b) Canton du Tessin

Dans le canton de Tessin, un décret du Grand Conseil a introduit une réglementation comparable à celle du canton de Neuchâtel en 2001, pour une durée de 9 ans jusqu'à la fin 2010; le décret énumère 16 types d'installations soumis à restriction. Lors de l'introduction du régime de restrictions, une commission consultative a été créée. Celle-ci comprend des représentants du Service de la santé publique, des médecins (radiologues), des hôpitaux publics et privés et des assureurs-maladie dans le but d'émettre une appréciation au Conseil d'Etat sur les objets présentés.

Concrètement, tous les remplacements d'appareils ont été autorisés. Sur trois demandes concernant des nouvelles installations, deux ont été refusées et une acceptée. Il s'agit essentiellement de répartir adéquatement les installations sur tout le territoire cantonal. A une reprise, une installation a été accordée, mais en limitant quantitativement le volume des prestations pour éviter que l'offre crée la demande.

c) Canton de Vaud

En 1999, à la suite de mesures proposées dans le cadre d'un programme cantonal d'économie («Economies de la Table ronde»), un projet de loi et de règlement a été mis en consultation par le Département de la santé et de l'action sociale auprès de toutes les instances concernées.

Suite aux résultats de la consultation, en particulier ceux provenant des cliniques privées et de la société vaudoise de médecine, le projet a été abandonné; les autres organismes consultés y étaient plutôt favorables.

Le projet de loi n'est pas retourné au Conseil d'Etat pour adoption et transmission au Grand Conseil qui n'a jamais eu à se prononcer.

d) Canton de Genève

Au début 1999, le Conseil d'Etat du canton de Genève a ouvert une procédure de consultation en vue de soumettre

¹ La disposition proposée se libellait comme il suit: ¹ Dans le cadre de la planification sanitaire cantonale, le Conseil d'Etat peut soumettre à restriction la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public ou privé. ² Une telle mesure consiste à sauvegarder un intérêt public prépondérant et à assurer la maîtrise des coûts de la santé tout en respectant les principes de proportionnalité. ³ Les critères et la liste des équipements dont la mise en service est soumise à restriction sont fixés par arrêté du Conseil d'Etat et sont régulièrement mis à jour, les milieux concernés étant entendus.

l'acquisition de certains équipements médicaux à une clause du besoin. Le but était d'endiguer la forte augmentation des coûts de la santé dans le canton de Genève, bien au dessus de la moyenne Suisse. L'un des facteurs identifiés comme responsable de cette augmentation était la densité très élevée de certains équipements médicaux.

Le projet de loi se base sur l'avis de droit concernant la clause du besoin et la constitutionnalité du Professeur Peter Saladin. Celui-ci permettait aux autorités cantonales d'envisager une intervention dans ce domaine.

Le projet de loi sur l'acquisition, la mise en service et l'utilisation de certains équipements médicaux ainsi que le message du Conseil d'Etat de Genève l'accompagnant ont été traités par le Grand Conseil le 21 janvier 2000. Toutefois, ce dernier a renvoyé le projet en commission suite à une forte opposition de l'Association des Médecins du Canton de Genève et des cliniques privées qui avaient à l'époque été auditionnées.

Depuis, la loi est toujours pendante en Commission de la santé. Elle n'a pas été traitée depuis, mais n'a pas été retirée non plus.

e) Canton de Berne

Un postulat, déposé en septembre 2005, demande au Conseil d'Etat d'examiner l'introduction d'instruments légaux ou contractuels permettant de coordonner les investissements et les prestations dans le domaine de la médecine de haute technicité. En décembre 2005, le Conseil d'Etat a proposé au Grand Conseil d'accepter le postulat qui sera traité probablement en janvier 2006.

2. ANALYSE GLOBALE

2.1 En général

La LAMal a créé une obligation pour les cantons d'élaborer une planification sanitaire pour le secteur hospitalier. Des efforts importants ont été consentis depuis dans ce domaine et les effets positifs de cette planification commencent à se faire sentir. La situation paraît ainsi partiellement maîtrisée dans ce secteur. Il ne s'agit toutefois que d'une première étape. On constate en effet que la LAMal ne prévoit pas, en l'état actuel, de mesures particulières dans le secteur ambulatoire alors que celui-ci génère une part non négligeable des coûts de la santé. Or, les progrès technologiques permettant de transférer davantage de soins de l'hôpital aux cabinets privés, des outils de contrôle sont d'autant plus indispensables. La multiplication des équipements engendre plusieurs risques qui justifient eux aussi la mise en place d'un système de contrôle sur le développement des installations de haute technicité. En effet, il existe un risque de multiplier les actes afin d'obtenir des recettes dans le souci de couvrir les coûts d'investissements et d'exploitation. Aussi, l'absence de contrôle comporte-t-elle un risque de sous-utilisation d'une partie des équipements existants entraînant une baisse de qualité des prestations. Un suréquipement pourrait par ailleurs également avoir pour conséquence une insuffisance de personnel spécialisé.

2.2 Le domaine de la radiologie à titre d'exemple

Dans le canton de Fribourg, on compte actuellement 4 IRM (un à l'Hôpital cantonal et trois dans des instituts

de radiologie privés); une demande pour l'installation d'un 5^e IRM à l'Hôpital de Riaz est en cours d'examen. En outre, il existe cinq CT-Scan, dont trois dans des établissements publics et deux dans des cabinets privés; un 6^e CT-Scan est installé à l'Hôpital Intercantonal de la Broye, à Payerne, aussi bien pour les patients vaudois que fribourgeois. Ainsi, pour l'instant, le nombre d'appareils pour 100 000 habitants est de 1,71 pour les IRM et de 2,35 pour les CT-Scan. Par comparaison avec les cantons membres de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales CRASS (Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Valais, Vaud, Tessin), Fribourg se trouve légèrement en dessous de la moyenne qui est de 2,33 appareils pour 100 000 habitants pour les IRM et de 3,02 pour les CT-Scan. Il n'y a donc pas encore à Fribourg de suréquipement en IRM ou CT-Scan en comparaison avec d'autres cantons. Le contrôle du développement des installations de haute technicité permettrait de garder l'équilibre qui s'est installé dans notre canton et d'éviter un surplus d'équipements et la concrétisation des risques mentionnés précédemment. En plus, il permettrait d'assurer une répartition équitable des installations entre les établissements publics et privés. Les avantages d'un contrôle sur le développement des installations de haute technicité seraient donc notamment de freiner les requêtes à venir, de promouvoir la concertation entre les partenaires, d'effectuer un contrôle sur la diffusion publique et privée des équipements médico-techniques ainsi que la coordination avec la planification hospitalière cantonale par la définition de mandats de prestations.

3. LES INCIDENCES DU TARMED

Le remplacement des anciens tarifs médicaux et du catalogue des prestations hospitalières (CPH) par TARMED a provoqué une baisse sensible de la rémunération de la radiologie, autant en ce qui concerne la prestation médicale que la prestation technique. L'un des buts du TARMED étant de valoriser le travail intellectuel par rapport aux prestations techniques, cette diminution était prévue, au moins en partie. Toutefois, la Fédération des médecins suisses (FMH) a estimé que les normes de productivité appliquées par TARMED à la radiologie étaient excessives et entraînaient une rémunération insuffisante des infrastructures. Aussi, cet organisme a-t-il rapidement entamé des négociations avec les assureurs pour mettre en place des mesures d'urgence visant à améliorer la rémunération de la radiologie. Ces négociations menées par la FMH avec santésuisse et les assureurs accidents/militaire/invalidité ont abouti à une convention permettant aux radiologues, respectivement aux cabinets de radiologie indépendants de facturer pour certaines prestations un dédommagement supplémentaire en sus de la rémunération prévue par TARMED, sans pour autant revenir au niveau qui existait avant l'entrée en vigueur du TARMED. Par contre, dans le secteur de la radiologie des hôpitaux publics/cliniques privées, aucune négociation entre H+ et santésuisse y relative est en cours ou prévue, les tarifs restant donc inchangés dans ce secteur. Même si les incitations d'investissement en radiologie sont actuellement moins importantes qu'avant TARMED, le tarif subira encore à l'avenir des changements et des adaptations dont les effets restent imprévisibles. En outre, il ne peut pas être exclu que, s'ils considèrent que le tarif est trop bas, les instituts de radiologie n'augmentent le nombre de prestations, afin de mieux amortir leurs coûts fixes. Le nouveau tarif TARMED n'exclut donc ni le besoin d'un

instrument de contrôle, ni l'introduction d'une clause du besoin.

4. ASPECTS JURIDIQUES

L'introduction d'une clause du besoin restreint la liberté du commerce protégée par l'article 27 de la Constitution fédérale. Dès lors se pose en premier lieu la question de la constitutionnalité de la mesure. La restriction d'un droit fondamental nécessite la réalisation de quatre conditions (ATF 123 I 212 Cons. 3): Elle doit reposer sur une base légale, être justifiée par un intérêt public prépondérant, se limiter, selon le principe de la proportionnalité, à ce qui est nécessaire à la réalisation des buts d'intérêts publics; enfin, elle ne doit pas se fonder sur des motifs de politique économique pour favoriser certaines branches d'activité ou formes d'exploitations.

Ces conditions sont réalisées en l'espèce. L'introduction d'une clause du besoin dans la loi sur la santé permet de satisfaire à la première condition. De l'avis du Tribunal fédéral (ATF 110 Ia 105 / 118 Ia 427), il y a un intérêt public prépondérant à mettre en place des mesures visant à limiter l'évolution des coûts de la santé. Cet intérêt réside par ailleurs également dans le maintien de la qualité des prestations. En outre, une restriction à la liberté du commerce et de l'industrie ne peut être envisagée que dans la mesure où d'autres dispositions, moins contraignantes, ont été estimées insuffisantes pour atteindre l'objectif de santé publique visé. Une mesure serait la régulation des tarifs; elle s'avère toutefois insuffisante, car une diminution des tarifs peut être compensée par une augmentation des volumes de prestations en étendant les indications cliniques d'utilisation.

5. CONCLUSION

La maîtrise de l'installation d'équipements médicaux lourds est indispensable à la maîtrise des coûts de la santé dans notre canton. Il est nécessaire de soumettre à une procédure d'autorisation préalable l'acquisition et l'installation d'équipements médicaux lourds et coûteux, et de refuser, le cas échéant, les équipements qui dépasseraient les besoins de la population fribourgeoise.

Le Conseil d'Etat préparera et mettra en consultation un projet de modification de la loi sur la santé visant à introduire une disposition qui permette de soumettre à restriction la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe.

Nous vous invitons à prendre acte de ce rapport.

BERICHT Nr. 239 20. Dezember 2005
des Staatsrats an den Grossen Rat
zum Postulat Nr. 252.04
Françoise Morel/André Ackermann
über hoch technisierte Installationen

Wir unterbreiten Ihnen hiermit den Entwurf eines Berichts zum Postulat Françoise Morel/André Ackermann über hoch technisierte Installationen (hoch technische und andere spitzentechnische Ausrüstungen).

In ihrem am 16. Juni 2004 eingereichten und begründeten Postulat ersuchen Grossrätin Françoise Morel und Grossrat André Ackermann und 21 Mitunterzeichner darum,

hauptsächlich die Einführung eines Systems für die Kontrolle des Aufschwungs hoch technisierter Installationen zu prüfen sowie die Einsetzung von Massnahmen, welche einer Überausrüstung vorbeugen. Die Untersuchung soll der Komplementarität der öffentlichen und privaten stationären und ambulanten Strukturen gelten, den Auswirkungen des neuen Ärztetarifs (TARMED) auf die Entwicklung dieser Art von Installationen sowie der Notwendigkeit, eine Bedürfnisklausel einzuführen. Die Urheber des Postulats verlangen einen Bericht zu diesen Punkten, damit jeder Aufwand im Gesundheitswesen, der unnötig und nicht hauptsächlich im Interesse der Patientinnen und Patienten begründet ist, vermieden wird.

In seiner Antwort vom 26. Oktober 2004 beantragte der Staatsrat die Annahme des Postulats im Sinne einer vertieften Prüfung der Vorschläge. Der Grosse Rat nahm das Postulat am 16. Dezember 2004 an.

1. EINFÜHRUNG

1.1 Rückblick

Der Grosse Rat hatte schon Gelegenheit, sich zu diesem Thema zu äussern. Bei den Debatten zum Gesundheitsgesetz lehnte er mit 56 gegen 29 Stimmen einen Änderungsvorschlag ab, mit dem eine Bestimmung aufgenommen werden sollte¹, wonach die Inbetriebnahme hoch technischer Ausrüstungen oder anderer spitzentechnischer Ausrüstungen eingeschränkt werden könnte (Amtliches Tagblatt der Sitzungen des Grossen Rates, 14. September 1999, S. 1028ff.).

1.2 Situation in anderen Kantonen

Seit den Neunzigerjahren wurde die Notwendigkeit, die Installation hoch technischer Ausrüstungen zu planen, auf breiter Ebene in den Kantonen debattiert, vor allem unter den Verantwortlichen der Gesundheitspolitik. Bis heute sind in den Kantonen Neuenburg und Tessin einschränkende Reglementierungen zustande gekommen.

a) Kanton Neuenburg

Im Kanton Neuenburg ist eine Gesetzesbestimmung, die es erlaubt, die Installation hoch technischer Ausrüstungen einer Bewilligung zu unterstellen, im Jahr 1998 eingeführt worden. Der entsprechende Ausführungsbeschluss enthält ein Verzeichnis von 9 Installationstypen: MR, C.T.-Scanner, Digital-Angiographie, PET (Positron Emission Tomography), SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography), Szintigraphie (statisch oder dynamisch), Mineralometrie mit Röntgenstrahlen, jede Strahlentherapie-Installation, Lithotripter.

¹ Die vorgeschlagene Bestimmung lautete wie folgt: ¹ Im Rahmen der kantonalen Gesundheitsplanung kann der Staatsrat die Inbetriebnahme hoch technischer oder anderer spitzentechnischer Ausrüstungen im stationären oder ambulanten, öffentlichen oder privaten Bereich einschränken. ² Eine solche Massnahme bezweckt, in Berücksichtigung der Grundsätze der Verhältnismässigkeit ein überwiegendes öffentliches Interesse zu wahren und die Eindämmung der Gesundheitskosten sicherzustellen. ³ Die Kriterien und das Verzeichnis der Ausrüstungen, deren Inbetriebnahme der Einschränkung unterstellt ist, werden vom Staatsrat mit Beschluss festgesetzt und regelmässig aktualisiert, wobei die betroffenen Kreise angehört werden.

Bis heute wurden drei Investitionsanträge aus dem öffentlichen Sektor bewilligt und einer zurückgestellt. Aus dem Privatsektor liegt bisher kein Antrag vor.

Das Neuenburger Amt für Gesundheit erhält vorgängig alle Anträge und unterbreitet sie der Beurteilung einer vom Gesundheitsrat eingesetzten Sonderkommission. Wenn nötig wird ein Experte zugezogen. Jedem Projekt ist ein Rentabilitätsplan beizulegen, der dem effektiven Bedarf Rechnung tragen muss. Am schwierigsten zu überprüfen ist jedoch, ob die Kosten gegenüber dem erwarteten Gesundheitsgewinn nicht unverhältnismässig sind. Um dies beurteilen zu können, stützen sich die Diskussionen namentlich auf nationale und internationale Studien. Der wesentliche Zweck der Einführung eines solchen Verfahrens besteht in der Regulierung des Angebots und in der Kosteneindämmung.

b) Kanton Tessin

Im Kanton Tessin hat ein Dekret des Grossen Rates im Jahr 2001 eine Reglementierung gebracht, die derjenigen des Kantons Neuenburg vergleichbar ist und für eine Dauer von neun Jahren, also bis 2010 gilt. Das Dekret zählt 16 Installationstypen auf, die der Einschränkung unterstellt sind. Bei der Einführung dieser Reglementierung wurde eine beratende Kommission eingesetzt. Diese besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des Amtes für Gesundheit, der Ärzteschaft (RadiologInnen), der öffentlichen und privaten Spitäler und der Krankenversicherer, und sie hat zur Aufgabe, die unterbreiteten Anträge zuhanden des Staatsrats zu beurteilen.

Konkret sind alle Ersetzungen von Geräten bewilligt worden. Von drei Anträgen, die neue Installationen betrafen, wurden zwei abgelehnt und einer angenommen. Es geht im Wesentlichen darum, die Installationen angemessen über das ganze Kantonsgebiet zu verteilen. In einem Fall wurde eine Installation bewilligt, jedoch unter quantitativer Einschränkung des Leistungsvolumens, um zu vermeiden, dass das Angebot die Nachfrage schafft.

c) Kanton Waadt

1999 gab das Gesundheits- und Sozialdepartement infolge von Massnahmen, die im Rahmen eines kantonalen Sparprogramms vorgeschlagen wurden («Economies de la Table ronde»), einen Gesetzes- und Reglementsentswurf bei allen betroffenen Instanzen in die Vernehmlassung.

Infolge der Vernehmlassungsergebnisse, insbesondere von Seiten der Privatkliniken und der Waadtländer Ärztesgesellschaft, wurde der Entwurf aufgegeben, obwohl die übrigen Vernehmlassungspartner eher positiv Stellung genommen hatten.

Der Gesetzesentwurf ging nicht an den Staatsrat zurück, damit dieser ihn verabschiede und an den Grossen Rat weiterleite, so dass dieser sich nie dazu äussern musste.

d) Kanton Genf

Anfangs 1999 eröffnete der Staatsrat des Kantons Genf ein Vernehmlassungsverfahren, um die Anschaffung bestimmter medizinischer Ausrüstungen einer Bedürfnisklausel zu unterstellen. Der Zweck bestand darin, den starken Anstieg der Gesundheitskosten im Kanton Genf, der weit über dem schweizerischen Durchschnitt lag, einzudämmen. Als einer der für diesen Anstieg verantwortli-

chen Faktoren wurde die sehr hohe Dichte bestimmter medizinischer Ausrüstungen identifiziert.

Der Gesetzesentwurf stützt sich auf das Rechtsgutachten von Professor Peter Saladin über die Bedürfnisklausel und deren Verfassungsmässigkeit. Aufgrund dieses Gutachtens war es den Kantonsbehörden möglich, eine Intervention auf diesem Gebiet ins Auge zu fassen.

Der Gesetzesentwurf über die Anschaffung, die Inbetriebnahme und die Nutzung bestimmter medizinischer Ausrüstungen sowie die Botschaft des Genfer Staatsrats wurden am 21. Januar 2000 vom Grossen Rat behandelt. Dieser wies jedoch den Entwurf an die Kommission zurück, dies infolge eines starken Widerstands von Seiten der Ärztesgesellschaft des Kantons Genf und der Privatkliniken, die seinerzeit angehört worden waren.

Seither ist das Gesetz bei der Gesundheitskommission hängig. Es wurde inzwischen nicht mehr behandelt, aber auch nicht zurückgezogen.

e) Kanton Bern

Ein im September 2005 eingereichtes Postulat fordert den Regierungsrat auf, zu prüfen, mit welchen gesetzlichen oder vertraglichen Mitteln die Koordination von Anschaffungen und Dienstleistungen im Bereich der hoch technisierten Medizin erreicht werden kann. Der Regierungsrat hat das Postulat Ende Dezember 2005 zur Annahme empfohlen. Der Grosse Rat wird es voraussichtlich in der Januarsession 2006 behandeln.

2. GESAMTANALYSE

2.1 Allgemeines

Das KVG verpflichtet die Kantone, eine Gesundheitsplanung für den stationären Bereich zu erstellen. Seither erfolgten grosse Anstrengungen auf diesem Gebiet, und die positiven Auswirkungen dieser Planung werden allmählich spürbar. Die Situation auf diesem Sektor scheint somit teilweise unter Kontrolle. Es handelt sich jedoch nur um eine erste Etappe. Effektiv stellt man fest, dass das KVG bis heute keine besonderen Massnahmen im ambulanten Sektor vorsieht, obwohl dieser einen nicht zu vernachlässigenden Anteil der Gesundheitskosten generiert. Da nun aber die technologischen Fortschritte eine vermehrte Verlagerung von Behandlungen aus dem Spital in die Privatpraxen ermöglichen, werden Kontrollinstrumente umso notwendiger. Die Vervielfachung der Ausrüstungen verursacht mehrere Risiken, die ebenfalls die Einführung eines Systems für die Kontrolle über die Entwicklung hoch technisierter Installationen rechtfertigen. So besteht die Gefahr einer Vervielfachung medizinischer Akte im Anliegen, Erträge zu erzielen und die Investitions- und Betriebskosten zu decken. Das Fehlen einer Kontrolle beinhaltet somit das Risiko einer Überbenützung eines Teils der vorhandenen Ausrüstungen, was wiederum zu einem Qualitätsrückgang bei den Leistungen führt. Eine übermässige Ausrüstung könnte im Übrigen auch zur Folge haben, dass zu wenig spezialisiertes Personal zur Verfügung steht.

2.2 Die Radiologie als Beispiel

Im Kanton Freiburg zählen wir heute 4 Kernspintomographen (MR; 1 im Kantonsspital und 3 in privaten Radiologieinstituten); ein Antrag auf die Installation eines

5. MR-Gerätes im Spital Riaz wird derzeit geprüft. Ausserdem bestehen 5 C.T.-Scanner, davon 3 in öffentlichen Spitälern und 2 in Privatpraxen; ein sechster ist im interkantonalen Spital der Broye in Payerne installiert, sowohl für die Waadtländer als auch die Freiburger Patientinnen und Patienten. Somit entfallen derzeit auf 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner 1,71 MR-Geräte und 2,35 C.T.-Scanner. Vergleicht man die Mitgliederkantone der Confédération romande des affaires sanitaires et sociales CRASS untereinander (Bern, Freiburg, Genf, Jura, Neuchâtel, Valais, Waadt, Tessin) befindet sich Freiburg leicht unter dem Durchschnitt von 2,33 MR-Geräten und 3,02 C.T.-Scannern auf 100 000 Einwohner. Die Kontrolle über die Entwicklung hoch technisierter Installationen würde es ermöglichen, das heute bestehende Gleichgewicht im Kanton zu wahren, ein Zuviel an Ausrüstungen und das konkrete Eintreten der oben genannten Risiken zu verhüten. Zudem könnte mit ihr eine gerechte Verteilung der Installationen unter öffentlichen und privaten Anstalten sichergestellt werden. Die Vorteile einer Kontrolle über die Entwicklung bei den hoch technisierten Installationen bestünden namentlich in der Eindämmung künftiger Anträge, in der Förderung einer Konzentrierung zwischen den Partnern, in einer Kontrolle über die öffentliche und private Verbreitung medizinisch-technischer Ausrüstungen sowie in der Koordination mit der Spitalplanung durch die Bestimmung von Leistungsaufträgen.

3. AUSWIRKUNGEN DES TARMED

Die Ablösung der alten Medizinaltarife und des Spitalleistungskatalogs durch TARMED hat eine merkliche Minderbezahlung der Radiologie bewirkt, in Bezug sowohl auf die ärztliche als auch auf die technische Leistung. Da eines der Ziele von TARMED in der Aufwertung der intellektuellen Arbeit gegenüber technischen Leistungen besteht, war diese Verminderung zumindest teilweise vorhersehbar. Jedoch vertrat die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH die Ansicht, dass die von TARMED auf die Radiologie angewandten Produktivitätsnormen übersetzt seien und zu einer ungenügenden Bezahlung der Infrastrukturen führen. Daher hat diese Organisation rasch Verhandlungen mit den Versicherern aufgenommen, um dringliche Massnahmen für eine bessere Bezahlung der Radiologie einzuführen. Die Verhandlungen der FMH mit santésuisse und den Unfall/Militär/Invalidenversicherern führten zu einer Vereinbarung, nach der die Radiologen beziehungsweise die selbständigen Radiologiepraxen für bestimmte Leistungen zusätzlich zur durch TARMED vorgesehenen Bezahlung eine Mehrentschädigung verrechnen können, ohne jedoch auf den Stand vor dem Inkrafttreten des TARMED zurückzukommen. Im Radiologiesektor der öffentlichen Spitäler und Privatkliniken jedoch ist keine diesbezügliche Verhandlung zwischen H+ und santésuisse im Gang oder vorgesehen, so dass die Tarife in diesem Sektor unverändert bleiben. Auch wenn die Investitionsanreize in der Radiologie heute geringer sind als vor TARMED, wird der Tarif künftig noch Änderungen und Anpassungen erfahren, deren Auswirkungen unvorhersehbar bleiben. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass die Radiologieinstitute die Zahl der Leistungen erhöhen, wenn sie den Tarif als zu niedrig erachten, um ihre Fixkosten besser

amortisieren zu können. Der neue TARMED-Tarif schliesst somit weder den Bedarf nach einem Kontrollinstrument aus, noch die Einführung einer Bedürfnisklausel.

4. RECHTLICHE ASPEKTE

Die Einführung einer Bedürfnisklausel schränkt die durch Artikel 27 der Bundesverfassung geschützte Handels- und Gewerbefreiheit ein. Demzufolge stellt sich an erster Stelle die Frage nach der Verfassungsmässigkeit der Massnahme. Die Einschränkung eines Grundrechtes setzt die Erfüllung von vier Voraussetzungen voraus (BGE 123 I 212 Erwägung 3): Sie bedarf einer gesetzlichen Grundlage, muss durch ein überwiegendes öffentliches Interesse gerechtfertigt sein, sich nach dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit auf das beschränken, was zur Erreichung der Ziele von öffentlichem Interesse notwendig ist; schliesslich darf sie nicht auf wirtschaftspolitischen Gründen beruhen, um bestimmte Tätigkeitszweige oder Betriebsformen zu begünstigen.

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt. Mit der Einführung einer Bedürfnisklausel im Gesundheitsgesetz kann der ersten Voraussetzung Genüge getan werden. Nach Auffassung des Bundesgerichts (BGE 110 Ia 105 / 118 Ia 427) besteht ein überwiegendes öffentliches Interesse an der Einführung von Massnahmen zur Eindämmung der Gesundheitskosten. Dieses Interesse besteht im Übrigen auch in der Erhaltung der Qualität der Leistungen. Ausserdem kann eine Einschränkung der Handels- und Gewerbefreiheit nur insoweit erwogen werden, als andere, weniger zwingende Bestimmungen als unzureichend für die Erreichung des angestrebten Ziels im Gesundheitswesen beurteilt worden sind. Eine Massnahme wäre die Regulierung der Tarife; sie erweist sich jedoch als ungenügend, denn eine Senkung der Tarife kann durch eine Vergrösserung der Leistungsvolumen kompensiert werden, indem die klinischen Indikationen für die Verwendung ausgeweitet werden.

5. ANTRAG

Die Kontrolle der Installation hoch technischer medizinischer Ausrüstungen ist für die Eindämmung der Gesundheitskosten in unserem Kanton unabdingbar. Es ist nötig, die Anschaffung und Installation dieser gewichtigen und kostspieligen Ausrüstungen einem vorgängigen Bewilligungsverfahren zu unterstellen und gegebenenfalls Ausrüstungen abzulehnen, die über den Bedarf der Freiburger Bevölkerung hinausgehen.

Der Staatsrat wird einen Entwurf zur Änderung des Gesundheitsgesetzes vorbereiten und in die Vernehmlassung geben, zwecks Aufnahme einer Bestimmung, die es ermöglicht, die Inbetriebnahme hoch technischer und anderer spitzenmedizinischer Ausrüstungen einzuschränken.

Wir ersuchen Sie, diesen Bericht zu den Akten zu nehmen.