

KVG-Revision – wo stehen wir heute?

Zulassungsstopp und einige andere Bestimmungen verlängert, Rest in parlamentarischer Diskussion oder an den Bundesrat zurückgewiesen

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär FMH

Übersicht über die Aufteilung der Vorlagen

Eine erste Tranche von Beschlüssen hat das Parlament am 8. Oktober 2004 definitiv beschlossen [1]. Unter Vorbehalt eines Referendums sollen sie am 1. Januar 2005 in Kraft treten. Zu dieser sogenannten Vorlage 1A gehören insbesondere die Verlängerung des Zulassungsstopps.

In parlamentarischer Diskussion sind die Vorlagen 1B Vertragsfreiheit (siehe unten zum Zusammenhang mit Managed Care), 1C Prämienverbilligung, 1D Kostenbeteiligung.

Hingegen hat die Ständeratskommission am 20. Oktober 2004 die Botschaften zu 2A Spitalfinanzierung und 2B Förderung von Managed Care an den Bundesrat zurückgewiesen [2]. Der ambulante und stationäre Sektor sei je länger je weniger voneinander zu trennen. Und bei der Managed-Care-Vorlage fehle ein Anreizsystem, um Leistungserbringer, Versicherer und Patienten zum Aufbau und zur Nutzung integrierter Netzwerke zu bringen. Die von der Ärzteschaft vorgeschlagenen Alternativen zur Vertragsfreiheit sollten in diesem Zusammenhang geprüft werden.

Die drei Teilrevisionen Vertragsfreiheit, Managed Care und Spitalfinanzierung werden Anfang 2005 im Parlament weiterbehandelt.

Details zur beschlossenen ersten Vorlage

Zu bereits definitiv beschlossenen Vorlage 1A gehören

- die Verlängerung des Zulassungsstopps;
- die Einführung einer Versichertenkarte;
- eine Ergänzung von Art. 59 KVG;
- die Verlängerung des Risikoausgleichs;
- das Einfrieren der Pflgetarife und
- (in einem dringlichen Bundesgesetz) die vorläufige Fixierung der Kantonsbeiträge an die Kosten der innerkantonalen stationären Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen Spitälern.

Verlängerung Zulassungsstopp – Wortlaut und weiteres Vorgehen

Art. 55a Abs. 1 und 4 lauten künftig gemäss Schlussabstimmung im Parlament vom 8. Oktober 2004 wie folgt:

- 1 Der Bundesrat kann für eine befristete Zeit von bis zu drei Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36–38 von einem Bedürfnis abhängig machen. Er legt die entsprechenden Kriterien fest. Er kann diese Massnahme einmal erneuern.
- 4 Eine erteilte Zulassung verfällt, wenn nicht innert bestimmter Frist von ihr Gebrauch gemacht wird. Der Bundesrat legt die Bedingungen fest.

Stichdatum für Verfall von nicht benützten Zulassungen: Ende Juni 2005?

Aus der parlamentarischen Debatte sind für die Umsetzung der Zulassungsstoppverlängerung insbesondere zwei Voten wichtig:

Christiane Brunner, SR: «Bien sûr, cette mesure ne pourra déployer ses effets qu'avec l'entrée en vigueur de la loi, mais elle pourra alors aussi s'appliquer aux anciennes autorisations délivrées, lorsque le délai déterminé par le Conseil fédéral *aura expiré*. On facilitera ainsi l'établissement de jeunes médecins souhaitant s'installer sans avoir nécessairement des conditions optimales. En ce sens, l'adoption de cette disposition constitue un complément indispensable à la mise en place de la clause du besoin. Je vous invite à suivre la commission.» [3]

Nicht benutzte Bewilligungen sollen also verfallen, «nachdem der vom Bundesrat festzusetzende Termin verstrichen sein wird» [4]. Welches Stichdatum wird massgebend sein?

- 1 Den vollständigen beschlossenen Gesetzestext finden Sie unter www.fmh.ch → Unsere Dienstleistungen → Recht → Links zum Bundesgericht, zu Gesetzen, zu Parlament und Behörden → Änderungen am KVG vom 8. Oktober 2004.
- 2 sda-Meldung. NZZ, 21. Oktober 2004, S. 17.
- 3 Amtl. Bulletin SR, 21. September 2004, S. 460.
- 4 Übersetzung FMH.

Gemäss Auskunft im Bundesamt für Gesundheit ist der Termin noch nicht fixiert, er müsse noch mit den Kantonen abgesprochen werden, gehandelt würden aber eher sechs als zwölf Monate [5]. Sechs Monate würde heissen, dass bis Ende Juni 2005 nicht benützte Zulassungen zur Kassenpraxis dahinfliegen.

Zurzeit nicht bekannt ist weiter, was unter «nicht benützt» verstanden werden wird. Am sichersten wird es sein, in eigenem Namen und auf eigene Rechnung vor Ende Juni 2005 einige Patienten zu behandeln (wenn es nicht anders geht, vielleicht in der Praxis eines Kollegen in derselben Gegend – die Zulassung bezieht sich ja primär auf die Person des Arztes und nur sekundär auf seine eigenen vier Räume).

5 E-Mail-Auskunft H. H. Brunner an Autor, 3. November 2004.

6 Amtl. Bulletin NR 29. September 2004, Seite 1507.

Übernahme einer Einzelpraxis durch mehrere Ärzte soll möglich sein

Liliane Maury Pasquier (SP, GE): «Nous souhaitons toutefois que cette mesure soit mise en œuvre sans pénaliser les médecins qui sont prêts, par exemple, à reprendre à plusieurs le cabinet d'un médecin partant à la retraite – donc avec une certaine souplesse. Lors des débats en commission, le Conseiller fédéral Couchepin nous a assuré que tel serait bien le cas et je pense qu'il nous le confirmera tout à l'heure.» [6]

Der Zulassungsstopp soll also mit einer gewissen Flexibilität gehandhabt werden, insbesondere soll eine Einzelpraxis also auch durch zwei junge Ärztinnen oder Ärzte übernommen werden können.

Révision de la LAMal: où en sommes-nous?

Le blocage de l'accès à la pratique privée et d'autres dispositions sont prolongées, le reste est en cours de débat au Parlement ou est renvoyé au Conseil fédéral.

Hanspeter Kuhn, avocat, secrétaire-général adjoint de la FMH

Aperçu de la répartition des projets de loi

Le Parlement a définitivement arrêté une première tranche de décisions le 8 octobre dernier [1]. Ces décisions devraient entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2005 sous réserve d'un possible référendum. Ce projet dit «1A» comprend tout particulièrement la prolongation du blocage de l'accès à la pratique privée.

Les projets 1B liberté de contracter (cf. ci-après en relation avec la gestion des soins [Managed Care]), 1C réduction des primes et 1D participation aux frais sont actuellement en cours de débat au Parlement.

En revanche, la Commission du Conseil des Etats a renvoyé le 20 octobre 2004 au Conseil fédéral les messages sur le financement des hôpitaux (2A) et sur la promotion de la gestion des soins (2B) [2]. Il est de plus en plus difficile de séparer secteur ambulatoire et secteur hospitalier. Le projet de gestion des soins est marqué d'une lacune, celle d'un système d'incitation à l'intention du fournisseur de prestations, de l'assureur et du patient, système qui encouragerait le développement et l'utilisation de réseaux

de soins intégrés. Les solutions de rechange à la liberté de contracter présentées par le corps médical devraient être examinées dans ce contexte.

Les trois révisions partielles: liberté de contracter, gestion des soins et financement hospitalier seront traitées par le Parlement début 2005.

Détails sur le premier projet arrêté

Le projet de loi 1A définitivement arrêté contient:

- la prolongation du blocage de l'accès à la pratique privée;
- l'introduction d'une carte d'assuré;
- un complément apporté à l'art. 59 LAMal;
- la prolongation de la compensation des risques;
- le gel des tarifs des soins et
- (dans une loi fédérale urgente), la fixation temporaire des contributions cantonales aux coûts de traitements hospitaliers fournis au sein des cantons dans les divisions semi-privées et privées des hôpitaux publics.

1 Le texte de loi complet décidé par le Parlement peut être consulté dans l'internet: www.admin.ch/ch/f/ff/2004/5141.pdf.

2 ATS – information dans la NZZ du 21 octobre 2004, p. 17.

Prolongation du blocage de l'accès à la pratique privée – teneur et démarches à venir

L'art. 55a, 1^{er} et 4^e al. aura donc la teneur suivante, selon la décision finale du Parlement le 8 octobre 2004:

- 1 Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée à trois ans au plus, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins au sens des art. 36 à 38. Il fixe les critères correspondants. Il peut renouveler cette mesure une fois.
- 4 L'admission, une fois délivrée, expire lorsqu'il n'en est pas fait usage pendant un certain délai. Le Conseil fédéral fixe les conditions.

Date de référence pour l'expiration du délai des admissions non utilisées: fin juin 2005?

Concernant les débats parlementaires sur l'application de la prolongation du blocage de l'accès à la pratique privée, deux interventions sont importantes:

Christiane Brunner, conseillère aux Etats: «Bien sûr, cette mesure ne pourra déployer ses effets qu'avec l'entrée en vigueur de la loi, mais elle pourra alors aussi s'appliquer aux anciennes autorisations délivrées, lorsque le délai déterminé par le Conseil fédéral *aura expiré*. On facilitera ainsi l'établissement de jeunes médecins souhaitant s'installer sans avoir nécessairement des conditions optimales. En ce sens, l'adoption de cette disposition constitue un complément indispensable à la mise en place de la clause du besoin. Je vous invite à suivre la commission.» [3]

Les autorisations non utilisées sont donc sensées échoir «lorsque le délai déterminé par le Conseil fédéral aura expiré». Quelle date butoir sera-t-elle donc choisie? Selon les renseignements obtenus auprès de l'Office fédéral de la santé publique, le délai précis n'est pas encore fixé. Il doit encore être discuté avec les cantons, mais il semble que l'on penche plutôt pour six mois que douze [4], ce qui voudrait dire que les autorisations non utilisées jusqu'à fin juin 2005 deviendraient alors caduques.

On ne sait pas encore, de surcroît, ce que l'on entend par «non utilisé». Le plus sûr sera de traiter quelques patients en son propre nom et à son propre compte avant la fin juin 2005 (à la rigueur dans le cabinet d'un confrère de la même région, l'autorisation portant principalement sur la personne du médecin et non sur ses locaux).

La reprise d'un cabinet médical par plusieurs médecins devrait être possible

Liliane Maury Pasquier (conseillère nationale, GE): «Nous souhaitons toutefois que cette mesure soit mise en œuvre sans pénaliser les médecins qui sont prêts, par exemple, à reprendre à plusieurs le cabinet d'un médecin partant à la retraite – donc avec une certaine souplesse. Lors des débats en commission, le conseiller fédéral Couchepin nous a assuré que tel serait bien le cas et je pense qu'il nous le confirmera tout à l'heure.» [5]

Le blocage de l'accès à la pratique privée devrait donc se faire avec une certaine souplesse, un cabinet pouvant notamment aussi être repris par deux jeunes médecins.

3 Bulletin officiel CE
21 septembre 2004, p. 460.

4 Renseignement par e-mail
de H. H. Brunner à l'auteur,
3 novembre 2004.

5 Bulletin officiel CN
29 septembre 2004, p. 1507.