

Bundesgericht klärt Privatpatientenstatus am Spital

Das Bundesgericht in Lausanne hat am 31. August 2004 in einem Prozess zwischen der Helsana AG und dem Kanton Basel-Stadt entschieden [1]: Die neue Tarifordnung des Kantons für die Zusatzrechnungen für Spitalleistungen und ärztliche Behandlung der Kantonsspitalpatienten, die nicht allgemein hospitalisiert sind, ist rechtens. Sie finden einen Auszug aus dem Urteilstext (S. 2350-1) und einen Kommentar der Belegärztevereinigung (S. 2352) in der heutigen Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung.

Mit diesem Grundsatzentscheid hat das Bundesgericht in Lausanne die Situation der *stationären* Privatpatientenbehandlung für das geltende KVG wohl definitiv geklärt. Dem Entscheid ist zuzustimmen. Ich freue mich, dass das Bundesgericht in Ziffer 2.2 als Quelle seiner Überlegungen sowohl Ueli Kieser wie auch den FMH-Rechtsdienst offenlegt. Einzelne Exponenten der FMS hatten seinerzeit Ängste geäussert, wir würden mit unseren Beiträgen in der Schweizerischen Ärztezeitung den Ärzten Steine in den Weg legen. Unsere Absicht war, mit offener Argumentation zu einer sachgerechten Lösung der Frage beizutragen. Mit dem aktuellen Bundesgerichtsentscheid dürfte diese Aufgabe nun erfüllt sein. Chefärzte, leitende Ärzte und Belegärzte können sich für die Frage, was Gegenstand der Zusatzrechnung für stationäre Patienten ist, am Basler Urteil orientieren.

Wie ist es mit der *ambulanten* Medizin? Klar ist, dass das KVG bis heute für die ambulante Medizin die freie Arztwahl garantiert. Dafür hat sich

die Ärzteschaft auch immer eingesetzt und wird es weiter tun, nötigenfalls mit einem Referendum gegen eine KVG-Revision. Das heisst aber umgekehrt auch, dass im geltenden KVG für die Tatsache allein, dass in der ambulanten Medizin ein sehr erfahrener Arzt oder eine sehr renommierte Ärztin eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung durchführt, keine zusätzliche Rechnung gestellt werden kann, dies im Unterschied zur stationären Behandlung. Am 8. Juni 2000 (126 III 345) hatte das Bundesgericht entschieden, dass es grundsätzlich auch in der ambulanten Medizin berechnete Zusatzrechnungen gibt. Voraussetzung dafür sind echte Mehrleistungen. Im damaligen Fall hat es allerdings keine solche Mehrleistung erkennen können. Und im aktuellen Basler Fall konnte und musste das Bundesgericht auch nicht entscheiden, wo die Grenze konkret verläuft. Für die Grenzziehung zwischen ambulanter Grundleistung (KVG-Rechnung mit Tarifschutz) und ambulanter Zusatzleistung (Rechnung nach Auftragsrecht) bleibt es damit vorerst beim Stand der Diskussion, wie er in der Schweizerischen Ärztezeitung 37/2000 nach dem Urteil vom Juni 2000 dargelegt wurde [2].

*Hanspeter Kuhn,
Fürsprecher, stv. Generalsekretär FMH*

- 1 Urteil vom 31. August 2004, Nummer 5P.74/2004; im Volltext zugänglich unter www.bger.ch.
- 2 Kuhn HP. Zusatzrechnungen für ärztliche Zusatzleistungen – zum Dritten. Zum Bundesgerichtsentscheid vom 8. Juni 2000. Schweiz Ärztezeitung. 2000;81(37):2061-7.

Le Tribunal fédéral arrête le statut des patients privés hospitalisés

Dans un procès opposant la société Helsana SA au canton de Bâle-Ville, le Tribunal fédéral de Lausanne a prononcé, le 31 août 2004, l'arrêt suivant [1]: le nouvel ordre tarifaire du canton pour les factures complémentaires des prestations hospitalières et des traitements médicaux des patients de l'hôpital cantonal hospitalisés dans une autre division que la division commune, est légitime. Vous trouvez un extrait du texte original (p. 2350-1) et un commentaire de l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) (p. 2353) dans le présent n° du Bulletin des médecins suisses.

Par cette décision de principe, le Tribunal fédéral de Lausanne définit clairement la situation du traitement des patients privés *hospitalisés* à l'égard de la LAMal. Cet arrêt est à saluer. Je me réjouis personnellement de voir que le Tribunal fédéral, au ch. 2.2, cite la source de ses réflexions dans les propos de Ueli Kieser et du Service juridique de la FMH. Certains représentants de la FMS avaient à l'époque émis des craintes selon lesquelles nous publions dans le Bulletin des médecins suisses des articles risquant de barrer la route aux médecins. Notre intention était, en présentant ouvertement les arguments en présence, de contribuer à une solution adéquate du problème. De par le récent jugement du TF, cette mission semble désormais remplie. Médecins-chefs, médecins dirigeants et médecins indépendants en milieu hospitalier peuvent désormais s'inspirer de l'arrêt bâlois en ce qui concerne la facturation extratarifaire pour patients hospitalisés.

Qu'en est-il de la médecine *ambulatoire*? Il est clair que la LAMal garantit jusqu'ici le libre choix du médecin en médecine ambulatoire. Le corps médical s'est toujours engagé en faveur de ce droit, et continuera de le faire, jusqu'à lancer un référendum contre la révision de la LAMal s'il le faut. Cela veut dire aussi que dans l'actuelle LAMal, un médecin pratiquant dans le domaine ambulatoire ne peut dresser de facture supplémentaire pour le simple fait d'être très expérimenté ou renommé, contrairement à ce qui se passe pour les traitements hospitaliers.

Le 8 juin 2000 (126 III 345), le TF confirmait que les soins ambulatoires peuvent aussi faire l'objet d'un décompte extratarifaire à condition qu'il s'agisse de véritables prestations supplémentaires. Dans ce cas, il est vrai que le tribunal suprême n'avait pu à l'époque reconnaître de telles prestations supplémentaires. S'agissant du cas bâlois actuel, le TF ne pouvait ni ne devait décider concrètement des limites à fixer. Pour déterminer celles-ci, entre prestation de base ambulatoire (facturation LAMal avec protection tarifaire) et prestation complémentaire ambulatoire (facturation selon le droit du mandat), le débat demeure en l'état tel qu'il fut présenté dans le Bulletin des médecins suisses 41/2000, à propos de l'arrêt du Tribunal fédéral de juin 2000 [2].

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

- 1 Arrêt du 31 août 2004, n° 5P.74/2004; disponible en version intégrale allemande sous www.bger.ch.
- 2 Kuhn HP. Factures complémentaires en cas de prestations médicales complémentaires – et de trois! A propos de l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 juin 2000. Bull Méd Suisses 2000;81(41):2311-5.

Kostenneutralität gesamtschweizerisch bei den freipraktizierenden Ärzten weiterhin eingehalten

5. Sitzung KN-Büro vom 21. Oktober 2004

U. Stoffel, C. Favrod-Coune

Obwohl bei den freipraktizierenden Ärzten die schweizweite Kostenneutralität – unter Einbezug der bisher vorgenommenen Taxpunktwertanpassungen – mit einer gewichteten Abweichung von 2 Prozent eingehalten worden ist, hat das paritätische TARMED-Kostenneutralitätsbüro, welches für die Überwachung und Einhaltung der Kostenneutralität verantwortlich ist, noch in einigen Regionen Taxpunktwertanpassungen sowohl nach oben wie auch nach unten vorgenommen:

- Basel-Landschaft: Absenkung um 3 Rappen auf Fr. 0.94;
- Jura: Anhebung um 2 Rappen auf Fr. 0.97;
- Waadt: Anhebung um 2 Rappen auf Fr. 0.98;
- Zentralschweiz: Absenkung um 3 Rappen auf Fr. 0.80;
- Zürich: Absenkung um 3 Rappen auf Fr. 0.92.

Sämtliche Anpassungen treten am 1. November 2004 in Kraft. Für die nicht korrigierten Kantone gelten weiterhin die per 1. September 2004 festgelegten Taxpunktwerte. Die genaue Situation Ihres Kantons und den gültigen Taxpunktwert entnehmen Sie bitte der untenstehenden Tabelle.

Die neuen TPW gelten, bis ein neuer TPW festgesetzt wird. Das heisst: Erfolgt in einem Monat keine Änderung, so gilt weiterhin der im Vormonat festgesetzte TPW.

Nach dieser Korrekturrunde beträgt das Fehlvolumen für die gesamte Schweiz lediglich Fr. 16 Mio. Dies entspricht weniger als Fr. 2.– pro versicherte Person. Auch nach zehn Monaten Laufzeit des KN-Rahmenvertrages ist die Kostenneutralität in allen Kantonen noch intakt.

Tabelle 1

Taxpunktwerte ab 1. November 2004 (in Rp.). Stand nach den Beschlüssen des KN-Büros vom 21. Oktober 2004.

Kanton / KN-Raum	Initialwert	ab 1.9.2004	neu ab 1.11.2004	Korrektur
Zürich	97	95	92	-3
Bern	89	86	86	0
Freiburg	91	91	91	0
Solothurn	87	84	84	0
Basel-Stadt	93	93	93	0
Basel-Landschaft	97	97	94	-3
Graubünden	84	78	78	0
Aargau	89	89	89	0
Tessin	91	97	97	0
Waadt	92	96	98	+2
Wallis	78	78	78	0
Neuenburg	94	89	89	0
Genf*	98	98	98	0
Jura	95	95	97	+2
Zentral-CH	86	83	80	-3
Ost-CH	85	82	82	0

*Der Kanton Genf wurde wegen der unklaren rechtlichen Situation nicht gesteuert.

Korrespondenz:
Backoffice KN-Büro G7
Pflanzschulstrasse 3
CH-8400 Winterthur
Tel. 052 235 19 35
Fax 052 235 19 20

E-Mail: KNBueroG7@hin.ch

Les médecins en pratique privée continuent à respecter la neutralité des coûts au niveau suisse

5^e séance du Bureau paritaire pour la neutralité des coûts TARMED du 21 octobre 2004

U. Stoffel, C. Favrod-Coune

En tenant compte des adaptations du point tarifaire effectuées jusqu'à présent et moyennant un écart pondéré de 2%, les médecins libres praticiens s'en sont globalement tenus à la neutralité des coûts sur le plan suisse. Le Bureau paritaire pour la neutralité des coûts TARMED, chargé de surveiller et de réguler ladite neutralité, a toutefois décidé de procéder encore à quelques modifications – à la hausse ou à la baisse – de la valeur du point dans quelques régions:

- Bâle-Campagne: baisse de 3 centimes pour atteindre Fr. 0.94;
- Jura: hausse de 2 centimes pour atteindre Fr. 0.97;
- Vaud: hausse de 2 centimes pour atteindre Fr. 0.98;
- Suisse centrale: baisse de 3 centimes pour atteindre Fr. 0.80;
- Zurich: baisse de 3 centimes pour atteindre Fr. 0.92.

Toutes ces adaptations entrent en vigueur au 1^{er} novembre 2004. Dans les cantons n'ayant pas fait l'objet d'une correction, les valeurs du point tarifaire (VPT) fixées au 1^{er} septembre 2004 restent valables. Le tableau ci-après vous renseigne sur la situation concrète prévalant dans votre canton et sur la valeur du point qui y est applicable.

Les nouvelles VPT restent valables jusqu'à la prochaine modification de la valeur du point. En d'autres termes, lorsque aucune adaptation n'intervient au début d'un mois, la VPT fixée le mois précédent demeure en vigueur.

Suite à ces dernières adaptations, le montant manquant ne se situe qu'à 16 millions de francs pour l'ensemble de la Suisse. Ce chiffre correspond à moins de deux francs par personne assurée. Ainsi donc, au terme de dix mois d'application de la convention-cadre, la neutralité des coûts est respectée dans tous les cantons.

Tableau 1

Valeurs du point tarifaire (en centimes) à compter du 1^{er} novembre 2004. Situation selon les décisions prises le 21 octobre 2004 par le Bureau de la neutralité des coûts.

Canton / Zone	valeur initiale	dès le 1.9.2004	nouveau dès le 1.11.2004	correction
Zurich	97	95	92	-3
Berne	89	86	86	0
Fribourg	91	91	91	0
Soleure	87	84	84	0
Bâle-Ville	93	93	93	0
Bâle-Campagne	97	97	94	-3
Grisons	84	78	78	0
Argovie	89	89	89	0
Tessin	91	97	97	0
Vaud	92	96	98	+2
Valais	78	78	78	0
Neuchâtel	94	89	89	0
Genève*	98	98	98	0
Jura	95	95	97	+2
Suisse centrale	86	83	80	-3
Suisse orientale	85	82	82	0

* En raison d'une situation juridique restant à clarifier, le canton de Genève n'a pas fait l'objet d'une mesure de régulation.

Correspondance:
Service technique Bureau NC G7
Pflanzschulstrasse 3
CH-8400 Winterthur
Tél. 052 235 19 35
Fax 052 235 19 20

E-mail: KNBueroG7@hin.ch