

02.402

## **Parlamentarische Initiative**

### **Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

#### **Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates**

vom 13. Februar 2002

---

Sehr geehrter Herr Präsident  
sehr geehrte Damen und Herren,

Wir unterbreiten Ihnen gemäss Artikel 21<sup>quater</sup> Absatz 3 des Geschäftsverkehrsgesetzes (GVG) den vorliegenden Bericht. Gleichzeitig erhält der Bundesrat Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die Kommission beantragt, dem beiliegenden Gesetzesentwurf zuzustimmen.

13. Februar 2002

Im Namen der Kommission  
Der Präsident: Bruno Frick

# Bericht

## 1 Entstehungsgeschichte

An ihrer Sitzung vom 12./13. Februar 2002 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) einstimmig bei einer Enthaltung beschlossen, mittels Kommissionsinitiative ein dringliches Bundesgesetz zur Übergangsregelung in der Spitalfinanzierung vorzulegen. Diesem Beschluss ist eine längere Phase vorausgegangen, in der sich die Kommission mit der Thematik der Sockelbeitragspflicht durch die Kantone bei Zusatzversicherten befasst hat, ohne ein Eingreifen seitens des Bundesgesetzgebers vorzusehen.

Erstmals diskutiert wurde die Problematik an der Sitzung der SGK vom 9. April 2001, als sich abzeichnete, dass sich Kantone und Versicherer in dieser Frage nicht länger einigen würden. Die Kommission vertagte den Entscheid über eine allfällige Kommissionsinitiative und beauftragte ihre Subkommission KVG, das Gespräch mit den Kantonen und den Versicherern zu suchen. Am 28. Mai 2001 lud die Subkommission die Vertragsparteien zu einer Aussprache ein. Sowohl die Vertreter der Kantone wie auch die Vertreter der Versicherer bekundeten den Willen, eine Vereinbarung auszuhandeln, die bis zum Inkrafttreten der 2. Revision des Krankenversicherungsgesetzes gelten würde. In der Folge liess sich die Kommission an mehreren Sitzungen über den Stand der Verhandlungen informieren.

Nachdem das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) am 30. November 2001 in seinem Urteil bezüglich Beitragspflicht der Kantone an die Sockelbeiträge der Zusatzversicherten klar zugunsten der Versicherungen entschieden hatte und sich die Vertragsparteien weiterhin nicht auf eine Übergangsregelung einigen konnten, lud die Kommission die Vertragspartner erneut zu einem Hearing ein. In Anbetracht dessen, dass die Partner eine Einigung ausschlossen, kam sie zum Schluss, dass der Bundesgesetzgeber eingreifen müsse, um für die Zeit bis zum Inkrafttreten der 2. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) eine klare Rechtslage zu schaffen. Die Aushandlung einer Pauschallösung für das Jahr 2001 überliess sie den Vertragsparteien. Für den Fall, dass sich diese nicht einigen würden, behält sie sich vor, auf ihren Entscheid zurückzukommen. Es erscheint wenig sinnvoll, eine Regelung für einen beschränkten künftigen Zeitraum zu treffen, solange wichtige finanzielle Fragen der Vergangenheit nicht geklärt sind.

## 2 Grundzüge der Vorlage

### 2.1 Ausgangslage

Die in den Spitälern erbrachten Leistungen werden durch mehrere Quellen finanziert. Das im Jahre 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern zu übernehmen hat (Art. 49 Abs. 1). Die Zusatzversicherung entschädigt die Spitäler für ihre zusätzlichen Aufwendungen beim Aufenthalt einer versicherten Person in der Halbprivat- und Privatabteilung, für

deren Betreuung durch den Chefarzt sowie für die Gewährleistung der freien Arztwahl. Die restlichen Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler inkl. deren Investitionskosten werden durch den Kanton oder gegebenenfalls durch die Gemeinde getragen.

Nach dem Inkrafttreten des KVG war zwischen Kantonen und Krankenversicherern umstritten, wie die Beitragspflicht der Kantone an die Behandlung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten zu interpretieren sei. Die Kantone stellten sich auf den Standpunkt, dass ihre Beitragspflicht nur für allgemein versicherte Patientinnen und Patienten gelte, während die Versicherer von den Kantonen auch einen Sockelbeitrag für Zusatzversicherte forderten.

Am 16. und 19. Dezember 1997 urteilte das Eidgenössische Versicherungsgericht erstmals über die Beitragspflicht der Kantone in diesem Bereich. Es entschied, dass bei medizinisch bedingtem ausserkantonalem Spitalaufenthalt die Beitragspflicht des Kantons besteht, und zwar unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, in welcher sich die versicherte Person tatsächlich aufgehalten hat. Nicht ausgesprochen hat sich das EVG zur Beitragspflicht des Kantons bei innerkantonalem Spitalaufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung.

Mit Vereinbarung vom 7. Juli 1998 wurde zwischen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und dem vormaligen Konkordat der Krankenversicherer (KSK, neu santésuisse) die Beitragspflicht der Kantone an die ausserkantonale Behandlung zusatzversicherter Personen geregelt. In diesem Rahmen hat sich das KSK verpflichtet, dass die Krankenversicherer mit Blick auf eine definitive Regelung auf Beschwerden in Bezug auf Beiträge an die innerkantonale Behandlung zusatzversicherter Personen verzichten. Die Geltung dieses sogenannten Stillhalteabkommens war grundsätzlich bis zum Inkrafttreten der revidierten massgebenden Bestimmung des KVG vorgesehen – längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2000, mit der Möglichkeit, es um ein weiteres Jahr zu verlängern.

Am 18. September 2000 verabschiedete der Bundesrat die Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG. Unter Bezugnahme auf die Entscheide des EVG schlug der Bundesrat eine je hälftig durch obligatorische Krankenpflegeversicherung und Wohnsitzkanton getragene Finanzierung der Leistungen bei Spitalaufenthalt vor, sofern das in Frage stehende Spital der Planung des Wohnsitzkantons der versicherten Person entspricht.

In der Folge waren die Krankenversicherer nicht zur Verlängerung des Stillhalteabkommens bereit. Als dieses Ende 2000 auslief, hatten die eidgenössischen Räte die Beratung des bundesrätlichen Vorschlags zur zweiten Teilrevision des KVG gerade erst aufgenommen. Es zeichnete sich ab, dass es bis zur Inkraftsetzung des revidierten Gesetzes noch einige Zeit dauern würde. Kantone und Versicherer nahmen daher erneut Verhandlungen auf und bereiteten eine Übergangslösung vor. Die entsprechende Vereinbarung scheiterte jedoch am Quorum der Kantone.

## 2.2

### **Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 30. November 2001**

Am 30. November 2001 urteilte das EVG erstmals über einen Fall, der sich auf die Beitragspflicht der Kantone bei innerkantonaler Behandlung einer zusatzversicherten Person bezieht. Ein Versicherer, der dem seinerzeitigen Stillhalteabkommen nicht beigetreten war, hatte das Verfahren angestrengt. Das EVG entschied, dass sich die Kantone auch bei innerkantonalem Spitalaufenthalt an den Kosten der stationären Behandlung von Privat- und Halbprivatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zu beteiligen haben. Diese Beteiligung habe den nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragenen Kosten für die Behandlung der versicherten Person in der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals zu entsprechen. Als Hauptargument wird angeführt, dass nach Artikel 49 Absatz 1 KVG mit «allgemeiner Abteilung» nicht der physische Ort im Spital gemeint sei, vielmehr beziehe sich der Begriff «allgemeine Abteilung» auf ein funktionales Konzept. Bei stationärer Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Wohnkantons haben deshalb alle Versicherten, unabhängig von der Versicherungsdeckung, Anspruch auf den Beitrag des Kantons.

## 2.3

### **Folgen des EVG-Entscheids vom 30. November 2001**

Weil bis anhin die Kosten bei innerkantonalem Spitalaufenthalt in einer Privat- oder Halbprivatabteilung, mit Ausnahme des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entrichteten Sockelbetrags, von der Zusatzversicherung getragen worden sind, hat der EVG-Entscheid vom 30. November 2001 eine Mehrbelastung der Kantone und eine Entlastung der Zusatzversicherung zur Folge. Für die kantonalen Finanzhaushalte ist die Mehrbelastung, welche bei sofortiger und vollständiger Umsetzung des EVG-Entscheids auf schätzungsweise mindestens 700 Millionen bis etwas weniger als eine Milliarde Franken zu veranschlagen ist, äusserst problematisch. Diese zusätzlichen Kantonsbeiträge sind zumeist nicht budgetiert und in den Finanzplänen nicht aufgeführt. Die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit ist daher der Ansicht, dass eine abgedämpfte Mitfinanzierungsvariante im Sinne einer Übergangsregelung bis zu einem Inkrafttreten des revidierten KVG gefunden werden muss. Das oberste Gericht musste unabhängig von finanz- und sozialpolitischen Überlegungen aufgrund des Gesetzes entscheiden. Der nationale Gesetzgeber jedoch trägt auch für solche Zusammenhänge eine Verantwortung. Er will daher kurzfristig die nötigen Korrekturen vornehmen und damit vermeiden, dass es zu weiteren Auseinandersetzungen zwischen den Kantonen und den Versicherern kommt.

### 3

## Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

### *Art. 1 Abs. 1*

Um eine schrittweise Anpassung an die aufgrund des EVG-Entscheidunges notwendige Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Regelung zu erreichen, sollen die Kantone in einer Übergangsphase einen Beitrag entrichten, welcher als gesamtschweizerisch einheitlich definierter Prozentsatz des Tarifs der Krankenversicherung für die allgemeine Abteilung des Spitals, in dem sich die versicherte Person aufhält, bemessen ist. Eine solche Übergangslösung hat den Vorteil,

- dass die Tarife der einzelnen Spitäler für ihre allgemeine Abteilung grundsätzlich bekannt sind, was zusätzliche Berechnungen erübrigt;
- dass in jenen Kantonen, in denen der Kanton einen grossen Anteil an den anrechenbaren Kosten nach heutigem Recht deckt, der Beitrag an die Behandlung der Zusatzversicherten Personen verhältnismässig tiefer ist als in jenen Kantonen, in denen der Kanton einen geringeren Anteil an den anrechenbaren Betriebskosten deckt;
- dass die Umsetzung der geltenden gesetzlichen Regelung des KVG ermöglicht wird, ohne eine spätere Einführung einer Leistungsfinanzierung zu verhindern.

### *Art. 1 Abs. 2*

Weil die Tarife im Verlauf von länger dauernden Spitalaufenthalten ändern können und weil die Beitragspflicht der Kantone in den Jahren 2002, 2003 und 2004 einem unterschiedlichen Prozentsatz des massgebenden Tarifs entspricht, wird der Eintrittstag als massgebend bestimmt, welcher Tarif für die Berechnung der kantonalen Beteiligung zur Anwendung kommen soll.

### *Art. 2 Abs 1 und 2*

An der Deckung der Kosten des Spitalaufenthaltes einer zusatzversicherten Person sind drei Parteien beteiligt: die obligatorische Krankenpflegeversicherung («Grundversicherung»), die Zusatzversicherung sowie der Wohnsitzkanton. Der Wohnsitzkanton leistet dabei bei seinen innerkantonalen Spitälern Beiträge in Form von Betriebsbeiträgen oder Defizitdeckung an die Einrichtung selbst, währenddem die Spitäler den Versicherten bzw. den Versicherern im System des Tiers garant nach Artikel 42 KVG eine Rechnung stellt, die die von der Grund- und Zusatzversicherung zu vergütenden Kosten umfasst. Um unnötige Finanztransfers zwischen den Parteien zu vermeiden, müssen die Abrechnungsmodalitäten vorliegend klar geregelt werden. Dabei teilt das Spital seine Rechnung auf in Kosten zu Lasten der Grundversicherung und der Zusatzversicherung. Von den Kosten zu Lasten der Zusatzversicherung wird der seitens des Kantons zu übernehmende Beitrag abgezogen. Die so reduzierte Rechnung wird den Versicherern zugestellt. Dieses Vorgehen bedeutet eine Umstellung des heute üblichen Abrechnungsverfahrens im Bereich der Zusatzversicherung, in dem die Rechnung des Spitals meist an den Versicherten geht. Mit der Rechnungstellung an die Versicherer kann vermieden werden, dass die Versicherten beim Kanton Beiträge für den Aufenthalt und die Behandlung im Spital zurückverlangen müssen.

### *Art. 2 Abs. 3*

Für den Fall, dass es notwendig werden sollte, die Frage des Vollzuges nach den Artikeln 1 und 2 Absätze 1 und 2 näher zu regeln, soll dem Bundesrat die entsprechende Regelungskompetenz übertragen werden.

### *Art. 3 Abs. 1 und 2*

Die Absätze 1 bis 2 enthalten die üblichen Schlussbestimmungen zu einem dringlichen Bundesgesetz. Dieses wird höchstens bis zum 31. Dezember 2004 gelten. Es ist davon auszugehen, dass bis dahin die 2. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes in Kraft treten kann. Diese sieht – in der Fassung, wie sie der Ständerat beantragt –, eine umfassende Regelung der Spitalfinanzierung unter Einbezug der Privatspitäler vor.

Sollte die 2. Teilrevision KVG früher in Kraft treten, wird das Bundesgesetz schon vorher aufgehoben. Falls andererseits die Revision bis 1. Januar 2005 nicht in Kraft treten sollte, wird das Parlament über eine Verlängerung der Geltungsdauer beschliessen.

Die Inkraftsetzung erfolgt rückwirkend auf den 1. Januar 2002. Ein Gutachten des Bundesamts für Justiz vom 8. Februar 2002<sup>1</sup> kommt zum Schluss, dass die Rückwirkung in diesem Umfang zulässig ist.

## **4 Auswirkungen**

### **4.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen**

Für den Bund sind keine finanziellen oder personellen Auswirkungen zu erwarten.

Für die Kantone hingegen sind die finanziellen Auswirkungen erheblich. Gemäss der aus der Publikation «Kosten des Gesundheitswesens» des Bundesamts für Statistik abgeleiteten Schätzung über die Kostendeckung der stationären Behandlung bezahlte die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Jahre 1999 3,7 Milliarden Franken für Behandlungen gemäss KVG. Gemäss Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik entfallen in den öffentlichen Spitälern (in denen 85 Prozent aller Pflergetage erbracht werden) rund 80 Prozent der Pflergetage auf die allgemeine Abteilung und 20 Prozent auf die Halbprivat- und Privatabteilungen. Dies führt zur Schätzung, dass die Kantone bei Übernahme von 100 Prozent zusätzlich rund 630 Millionen Franken zu entrichten hätten, bei Übernahme von 80 Prozent einen Betrag in der Grössenordnung um 500 Mio. Franken und bei einem Anteil von 60 Prozent einen solchen von 380 Mio. Franken. Die seitens des Bundesamts für Statistik durchgeführte Hochrechnung zur Kostendeckung in den einzelnen Kantonen<sup>2</sup> lässt darauf schliessen, dass die relative Mehrbelastung der Kantone beträchtliche Unterschiede aufweisen wird.

<sup>1</sup> Avis de droit à l'intention de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE), Office fédéral de la justice.

<sup>2</sup> Siehe Tabelle im Anhang.

Weil sowohl den Versicherern als auch den Kantonen keine zusätzliche Aufgabe überbürdet wird und indessen lediglich die Verrechnungsmodalitäten zu ändern sind, sollte sich kein erheblicher personeller Mehrbedarf ergeben.

## **4.2 Vollzugstauglichkeit**

Unter der Bedingung, dass die Abrechnungs- und Vergütungsmodalitäten umgestellt werden, kann das Gesetz ohne grösseren administrativen Mehraufwand vollzogen werden.

## **4.3 Andere Auswirkungen**

Es ist zu erwarten, dass, wenn die Kantone einen Teil jener Kosten zu übernehmen haben, welche bis anhin von der Zusatzversicherung vergütet wurden, letztere ihre Prämien senken können. Die Überprüfung der Prämienkalkulation der Krankenversicherer, welche die privaten Zusatzversicherungen durchführen, obliegt dem Bundesamt für Privatversicherung.

## **5 Verhältnis zum europäischen Recht**

Das europäische Recht (Recht der Europäischen Gemeinschaft und Recht des Euro-parats) setzt für die in der vorliegenden Vorlage behandelten Bereiche keine Norm fest. Die Gewährleistung der in Artikel 8 des Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU und den EU-Mitgliedstaaten statuierten Gleichbehandlung im Bereich der sozialen Sicherheit wird nach dem Inkrafttreten der sektoriellen Verträge und der Totalrevision der EFTA-Konvention im Jahr 2002 dadurch sichergestellt, dass für die betroffenen Personen die Tarife für ausserkantonal versicherte Personen zur Anwendung kommen, so dass in keinem Fall Beiträge des Kantons geleistet werden. Einzelheiten werden in den genannten Abkommen geregelt.

## **6 Rechtliche Grundlagen**

### **6.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit**

Das Bundesgesetz stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung.

Artikel 117 der Bundesverfassung gibt dem Bund eine umfassende Kompetenz zur Einrichtung der Krankenversicherung. Dazu zählen, wie dies bereits im geltenden Recht der Fall ist, auch Vorschriften über die Ausgestaltung der Spitalfinanzierung.

### **6.2 Erlassform**

Die vorgeschlagene Übergangsregelung soll in Form eines zeitlich befristeten dringlichen Bundesgesetzes erlassen werden. Solche Bundesgesetze können nach Arti-

kel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung dringlich erklärt werden, wenn sie sachlich und zeitlich dringlich sind. Die zeitliche Dringlichkeit ergibt sich aus dem Umstand, dass im Anschluss an den EVG-Entscheid derzeit unklar ist, wie die Kostenübernahme in der Praxis auszugestalten ist und sowohl Kantone wie Spitäler und Krankenversicherer Interesse an einer umgehend wirksamen Regelung haben. Das Abwarten der Referendumsfrist (100 Tage) würde dazu führen, dass die Massnahme nicht sofort umgesetzt werden könnte, womit die Auszahlungen für das Jahr 2002 nicht mehr erfolgen könnten.



## Kostendeckung der stationären Behandlung

Berechnungen für das Jahr 1999

	Ohne Investitionen				Mit Investitionen				Total	
	Kantone		Versicherer		Kantone		Versicherer		Mio. Fr.	%
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%
Zürich	429.7	40.47%	632.2	59.53%	558.7	46.91%	632.2	53.09%	1190.9	
Bern	506.3	53.94%	432.4	46.06%	685.4	61.32%	432.4	38.68%	1117.8	
Luzern	96.9	39.27%	149.9	60.73%	128.6	46.17%	149.9	53.83%	278.5	
Uri	12.0	44.83%	14.7	55.17%	20.8	58.54%	14.7	41.46%	35.6	
Schwyz	60.3	53.22%	53.0	46.78%	61.0	53.50%	53.0	46.50%	114.0	
Obwalden	11.4	46.89%	12.9	53.11%	11.9	48.07%	12.9	51.93%	24.8	
Nidwalden	14.0	50.70%	13.6	49.30%	15.6	53.42%	13.6	46.58%	29.3	
Glarus	19.0	52.68%	17.1	47.32%	34.8	67.08%	17.1	32.92%	51.8	
Zug	47.9	55.75%	38.1	44.25%	52.5	57.99%	38.1	42.01%	90.6	
Fribourg	110.6	48.66%	116.7	51.34%	139.2	54.40%	116.7	45.60%	255.8	
Solothurn	99.3	44.96%	121.5	55.04%	148.6	55.01%	121.5	44.99%	270.1	
Basel-Stadt	239.7	59.22%	165.0	40.78%	292.9	63.96%	165.0	36.04%	457.9	
Basel-Landschaft	137.4	47.83%	149.9	52.17%	174.1	53.73%	149.9	46.27%	323.9	
Schaffhausen	43.5	51.43%	41.1	48.57%	46.4	53.06%	41.1	46.94%	87.5	
Appenzell A.Rh.	20.8	47.47%	23.0	52.53%	25.9	52.94%	23.0	47.06%	48.8	
Appenzell I.Rh.	4.0	39.53%	6.2	60.47%	4.2	40.40%	6.2	59.60%	10.4	
St. Gallen	190.6	48.73%	200.5	51.27%	218.1	52.10%	200.5	47.90%	418.7	
Graubünden	80.1	47.11%	89.9	52.89%	118.2	56.79%	89.9	43.21%	208.1	
Aargau	178.9	40.80%	259.5	59.20%	242.1	48.27%	259.5	51.73%	501.6	
Thurgau	61.7	33.87%	120.5	66.13%	67.6	35.94%	120.5	64.06%	188.1	
Ticino	108.6	35.21%	199.8	64.79%	140.2	41.24%	199.8	58.76%	340.1	

	Ohne Investitionen				Mit Investitionen					
	Kantone		Versicherer		Kantone		Versicherer		Total	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	
Vaud	404.3	53.16%	356.3	46.84%	760.6	421.7	54.21%	356.3	45.79%	778.0
Valais	137.0	51.20%	130.6	48.80%	267.6	180.0	57.96%	130.6	42.04%	310.6
Neuchâtel	121.6	56.22%	94.7	43.78%	216.3	161.2	62.99%	94.7	37.01%	255.9
Genève	602.6	73.18%	220.9	26.82%	823.5	628.3	73.99%	220.9	26.01%	849.2
Jura	47.3	48.09%	51.0	51.91%	98.3	46.8	47.82%	51.0	52.18%	97.8
Schweiz/Suisse	3785.6	50.50%	3711.0	49.50%	7496.6	4624.8	55.48%	3711.0	44.52%	8335.8

Bundesamt für Statistik: Berechnungen auf der Grundlage der Statistik über die Kosten des Gesundheitswesens, der Daten von santésuisse und der Statistik der öffentlichen Finanzen.

Die Kosten der Krankenversicherung beziehen sich auf den Wohnsitzkanton der Versicherten, während die Kosten der Kantone – im Grundsatz – dessen Subventionen an seine Spitäler darstellen (Netto).