

06.474

**Parlamentarische Initiative
Verlängerung des Bundesgesetzes über die Anpassung der
kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären
Behandlungen**

**Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Ständerats**

vom 13. November 2006

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit diesem Bericht unterbreiten wir Ihnen den Entwurf zu einer Verlängerung des Bundesgesetzes vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Gleichzeitig erhält der Bundesrat nach Artikel 112 Absatz 3 des Parlamentsgesetzes Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die Kommission beantragt, dem beiliegenden Entwurf zuzustimmen.

13. November 2006

Im Namen der Kommission
Die Präsidentin: Erika Forster

Übersicht

Mit dem Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.14) wurde eine Übergangsregelung festgelegt, die bis zum Inkrafttreten der Neuregelung der Spitalfinanzierung gelten soll. Mit dem dringlichen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 8. Oktober 2004 (AS 2004 4373) wurde diese Regelung um zwei Jahre, bis zum 31. Dezember 2006, verlängert, weil die 2. KVG-Revision am 17. Dezember 2003 vom Nationalrat abgelehnt worden war. Nun zeichnet sich ab, dass auch die Neuordnung der Spitalfinanzierung (04.061 s), die der Bundesrat den eidgenössischen Räten am 15. September 2004 unterbreitet hat (BBl 2004 5551), bis Ende Dezember 2006 im Parlament nicht fertig beraten sein wird. Die Kommission stellt fest, dass die Zeit für die Bereinigung der Vorlage in beiden Räten und die Inkraftsetzung durch den Bundesrat nicht ausreicht und beantragt eine nochmalige Verlängerung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung um ein Jahr, bis längstens zum 31. Dezember 2007.

Bericht

1 Entstehungsgeschichte

Praktisch seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) war die Beitragspflicht der Kantone bei einer Spitalbehandlung zusatzversicherter Patienten und Patientinnen Gegenstand politischer Diskussionen. Mit Entscheid vom 30. November 2001 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; BGE 127 V 422) festgehalten, dass die Kantone nicht nur an den obligatorisch versicherten Leistungsumfang beim ausserkantonalen Spitalaufenthalt, sondern auch an den innerkantonalen Spitalaufenthalt einer Person mit Zusatzversicherung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern einen Beitrag leisten müssen. Diese höchstrichterliche Präzisierung eines an sich klaren gesetzgeberischen Willens hat auf Gesetzgebungsebene je eine kurz- und eine mittelfristige Massnahme ausgelöst:

- Da die sofortige und vollständige Umsetzung des EVG-Entscheidunges die Kantone vor erhebliche finanzielle Schwierigkeiten gestellt hätte, hat das Parlament dieses Problem mit dem als dringlich erklärten Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung entschärft und beschlossen, dass der EVG-Entscheid zwischen 2002 und 2004 in Etappen umgesetzt wird. Das Bundesgesetz ist als Übergangslösung bis zum Inkrafttreten des 2. KVG-Revision geschaffen worden.
- Mittelfristig schlug die 2. KVG-Revision, die vom Bundesrat schon vor dem EVG-Urteil des Jahres 2001 eingeleitet worden war (Botschaft vom 18. September 2000, BBl 2001 741), einen Wechsel von der heutigen Objekt- zu einer Leistungsfinanzierung vor. Dieser Systemwechsel stellt eine weitgehende Gleichbehandlung zwischen den verschiedenen stationären Leistungsanbietern her und fördert damit den Wettbewerb. Die verbesserte Markttransparenz erlaubt den Vergleich des Preis-Leistungs-Verhältnisses der verschiedenen Spitäler. Nachdem diese Revision am 17. Dezember 2003 durch den Nationalrat abgelehnt wurde, hat der Bundesrat am 15. September 2004 eine neue Vorlage unterbreitet.

Für die nächsten Gesetzgebungsschritte soll dieses zweistufige Vorgehen aufgegriffen werden: Kurzfristig soll aus Gründen der Rechtssicherheit das Bundesgesetz über die kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung verlängert werden, weil die Bemessung des Kantonsbeitrags an die Kosten der innerkantonalen Spitalbehandlung von zusatzversicherten Personen nach dessen Ablauf erneut umstritten wäre. Sodann soll die Vorlage des Bundesrates vom 15. September 2004 betreffend der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung, 04.061 s) eine definitive Regelung bringen. Diese wurde durch den Ständerat am 8. März 2006 verabschiedet und ist im Nationalrat in der Wintersession 2006 traktandiert. Die definitive Verabschiedung durch die beiden Räte wird aber für ein Inkrafttreten der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) am 1. Januar 2007 zu spät erfolgen. Daher hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats an ihrer Sitzung vom 16. Oktober 2006 beschlossen, mittels Kommissionsinitiative die Verlängerung der bis Ende

2006 geltenden Regelung über die kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen in der Spitalfinanzierung um ein Jahr vorzuschlagen. An ihrer Sitzung vom 2. November hat die Kommission des Nationalrates gemäss Artikel 109 Absatz 3 des Parlamentsgesetzes grundsätzlich zugestimmt, und am 13. November 2006 hat die Kommission des Ständerats ihren Entwurf verabschiedet.

2 Grundzüge der Vorlage

Um eine umsetzbare Regelung bezüglich der Kostenübernahme der Spitalbehandlungen in der Halbprivat- und Privatabteilung durch die Kantone zu gewährleisten, schlägt die Kommission vor, dass die im Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung für das Jahr 2004 festgesetzte Regelung bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung der Spitalfinanzierung verlängert wird. Die vorgeschlagene Regelung beschränkt sich erstens auf die Finanzierung der Betriebskosten und zweitens auf den Bereich der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler. In seiner Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung (BBl 1992 I 184 f.) vertritt der Bundesrat explizit den Standpunkt, dass die Investitionen nicht in die für die Ermittlung der Pauschalvergütungen anrechenbaren Kosten bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern einfließen sollen. Bis zur Neuregelung der Spitalfinanzierung im Krankenversicherungsgesetz soll dieser Grundsatz weitergeführt werden. Weil das EVG festgehalten hat, dass aufgrund der Auslegung von Artikel 41 Absatz 3 KVG die Beitragspflicht des Kantons entfällt, wenn sich die versicherte Person in ein privates, nicht subventioniertes Spital begibt (BGE 123 V 310 ff.), soll auch die Ausdehnung der Finanzierungsregelung auf die Privatspitäler im Rahmen der Neuordnung der Spitalfinanzierung im KVG, und nicht im Rahmen einer blossen Übergangsregelung in Betracht gezogen werden.

3 Erläuterungen

Die Vorlage übernimmt die für das Jahr 2004 gültige Regelung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung und sieht vor, dass diese bis zum Inkrafttreten der Neuordnung der Spitalfinanzierung, längstens aber bis zum 31. Dezember 2007, Gültigkeit haben soll. Die Regelung hält fest, dass der Kanton bei stationärem Spitalaufenthalt einer zusatzversicherten Person in der Halbprivat- und Privatabteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals einen Beitrag entrichtet, welcher 100 Prozent des von den Versicherern für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen geschuldeten Tarifs der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals entspricht. Beim Vollzug des Gesetzes beziehungsweise bei der Umsetzung des EVG-Entscheids vom 30. November 2001 hätten die Kantone nicht nur 100 Prozent des von den Versicherern vergüteten Tarifs zu übernehmen, sondern zusätzlich die Differenz zwischen dem Tarif und 100 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten. Für die Kantone bedeutet dies, dass sie nicht den vollen, gemäss KVG eigentlich geschuldeten Beitrag zu entrichten haben. Die Regelung hat

jedoch den Vorteil, dass die Tarife der allgemeinen Abteilung der einzelnen Spitäler grundsätzlich bekannt sind, wodurch sich weitere Berechnungen erübrigen.

4 Auswirkungen

4.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Mit der vorgeschlagenen Verlängerung der Finanzierungsregelung wird die aktuelle Situation fortgeführt, so dass grundsätzlich keine vorlagebedingten finanziellen und personellen Auswirkungen entstehen.

4.2 Vollzugstauglichkeit

Die Vorlage führt – wie in Ziffer 1 ausgeführt – eine bestehende befristete Regelung befristet weiter und enthält daher keine neuen gesetzlichen Bestimmungen, die zu neuen Vollzugsaufgaben führen werden.

4.3 Andere Auswirkungen

Angesichts dessen, dass mit der Vorlage die heute bestehende Situation weitergeführt wird, sind keine anderen Auswirkungen zu erwarten.

5 Verhältnis zum europäischen Recht

Das europäische Recht (Recht der Europäischen Gemeinschaft und Recht des Euro-Parlamentes) sieht für den im vorliegenden Revisionsentwurf behandelten Bereich keine Normen vor. Die Staaten können die zu diesem Bereich gehörenden Aspekte nach eigenem Ermessen bestimmen.

6 Rechtliche Grundlagen

6.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit

Dieses Gesetz stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung, der dem Bund eine umfassende Kompetenz zur Einrichtung der Krankenversicherung gibt.

6.2 Erlassform

Die vorgeschlagene Verlängerung der Übergangsregelung soll wiederum in Form eines zeitlich befristeten dringlichen Bundesgesetzes erlassen werden. Bundesgesetze können nach Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung dringlich erklärt werden, wenn sie sachlich und zeitlich dringlich sind. Die zeitliche Dringlichkeit ergibt sich aus dem Umstand, dass das geltende Bundesgesetz Ende 2006 ausläuft, ohne dass eine Neuordnung der Spitalfinanzierung in Kraft treten wird. Die sach-

liche Dringlichkeit ist gegeben, weil das Auslaufen der geltenden Regelung zu Rechtsunsicherheit und damit zu Streitigkeiten zwischen Spitälern, Versicherern und Kantonen über die geschuldeten Beiträge bei innerkantonalen stationären Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen führen würde.