



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Bern, 8. März 1999

**An die
Kantonsregierungen**

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
(Spitalfinanzierung): Vernehmlassungsverfahren**

Sehr geehrte Damen und Herren Regierungsräte

In der Beilage unterbreiten wir Ihnen einen Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Mit dieser Teilrevision sollen vor allem die Funktion sowie das Zusammenspiel der Systemelemente des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung verbessert werden; zudem wird die Bereinigung von einigen Unklarheiten angestrebt.

Da die Gesetzesänderung auf den 1. Januar 2001 in Kraft treten soll, sind wir aufgrund der gebotenen Dringlichkeit leider gezwungen, die übliche Vernehmlassungsfrist etwas zu verkürzen. Wir bitten Sie, den Entwurf zu prüfen und dem Bundesamt für Sozialversicherung, 3003 Bern, Ihre allfällige Stellungnahme zu den Sie interessierenden Punkten bis zum **23. April 1999** zukommen zu lassen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

EIDGENÖSSISCHES DEPARTE-
MENT DES INNERN

Ruth Dreifuss
Bundespräsidentin

Beilagen: - Entwurf Teilrevision KVG
- Vernehmlassungsbericht
- Liste der Vernehmlassungsadressaten

Hinweis

Weitere Exemplare des Vernehmlassungsberichts (in deutscher, französischer oder italienischer Sprache) können beim BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, Effingerstrasse 31, 3003 Bern, bezogen werden.



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Berne, le 8 mars 1999

**Aux gouvernements
cantonaux**

**Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement
des hôpitaux). Procédure de consultation**

Mesdames les Conseillères d'Etat,
Messieurs les Conseillers d'Etat,

Vous voudrez bien trouver ci-joint un rapport concernant la révision partielle
de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Cette révision partielle vise avant tout à améliorer le fonctionnement des
éléments du système LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux.
Elle tend également à éliminer quelques imprécisions.

Etant donné que cette révision partielle doit entrer en vigueur le 1er janvier
2001, nous sommes malheureusement obligés pour des motifs d'urgence
d'abréger quelque peu le délai habituel de la consultation. Nous vous sau-
rions donc gré d'examiner le projet et de faire parvenir à l'Office fédéral des
assurances sociales, 3003 Berne, vos éventuelles observations à propos des
points qui vous intéressent d'ici **au 23 avril 1999**.

En vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions d'agréer,
Mesdames les Conseillères d'Etat, Messieurs les Conseillers d'Etat,
l'assurance de notre haute considération.

DEPARTEMENT
FEDERAL DE L'INTERIEUR

Ruth Dreifuss
Présidente de la Confédération

Annexes: - Projet de révision partielle de la LAMal
- Rapport de procédure de consultation
- Liste des destinataires

Indication

Des exemplaires supplémentaires du rapport de la procédure de consultation (en allemand, en français ou en italien) peuvent être commandés auprès de l'OFAS, division principale assurance-maladie et accidents, Effingerstrasse 31, 3003 Berne.



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Berna, 8 marzo 1999

**Lodevole
Consiglio di Stato della
Repubblica e Cantone del
Ticino
6500 Bellinzona**

**Revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie
(finanziamento degli ospedali): procedura di consultazione**

Onorevoli Presidente e Consiglieri di Stato,

con la presente vi trasmettiamo un rapporto inerente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Questa revisione parziale ha come obbiettivo soprattutto di migliorare il funzionamento degli elementi del sistema LAMal nel campo del finanziamento degli ospedali. Essa tende inoltre a eliminare alcune imprecisioni.

Giacché questa revisione parziale deve entrare in vigore il 1° gennaio 2001, siamo purtroppo costretti per ragioni d'urgenza ad abbreviare l'abituale termine di consultazione. Vi preghiamo cortesemente di esaminare il progetto e di comunicare all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, **entro il 23 aprile 1999**, eventuali osservazioni in merito ai punti che vi interessano.

Vi ringraziamo sin d'ora della collaborazione e vi presentiamo, onorevoli Presidente e Consiglieri di Stato, i migliori saluti.

DIPARTIMENTO
FEDERALE DELL'INTERNO

Ruth Dreifuss
Presidente della Confederazione

- Allegati:**
- Progetto di revisione parziale LAMal
 - Rapporto della procedura di consultazione
 - Elenco dei destinatari

Indicazione

Ulteriori esemplari del rapporto per la procedura di consultazione (in italiano, tedesco o francese) sono ottenibili presso UFAS, Divisione principale assicurazione malattie e infortuni, Effingerstrasse 31, 3003 Berna



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Bern, 8. März 1999

**An die
politischen Parteien
und interessierten Organi-
sationen**

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
(Spitalfinanzierung): Vernehmlassungsverfahren**

Sehr geehrte Damen und Herren

In der Beilage unterbreiten wir Ihnen einen Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Mit dieser Teilrevision sollen vor allem das Funktionieren der Systemelemente des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung verbessert werden; zudem wird die Bereinigung von einigen Unklarheiten angestrebt.

Da die Gesetzesänderung auf den 1. Januar 2001 in Kraft treten soll, sind wir aufgrund der gebotenen Dringlichkeit leider gezwungen, die übliche Vernehmlassungsfrist etwas zu verkürzen. Wir bitten Sie, den Entwurf zu prüfen und dem Bundesamt für Sozialversicherung, 3003 Bern, Ihre allfällige Stellungnahme zu den Sie interessierenden Punkten bis zum **23. April 1999** zukommen zu lassen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

EIDGENÖSSISCHES DEPARTE-
MENT DES INNERN

Ruth Dreifuss
Bundespräsidentin

Beilagen: - Entwurf Teilrevision KVG
- Vernehmlassungsbericht
- Liste der Vernehmlassungsadressaten

Hinweis

Weitere Exemplare des Vernehmlassungsberichts (in deutscher, französischer oder italienischer Sprache) können beim BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, Effingerstrasse 31, 3003 Bern, bezogen werden.



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Berne, le 8 mars 1999

**Aux partis et organisations
intéressés**

**Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement
des hôpitaux). Procédure de consultation**

Mesdames, Messieurs,

Vous voudrez bien trouver ci-joint un rapport concernant la révision partielle
de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Cette révision partielle vise avant tout à améliorer le fonctionnement des
éléments du système LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux.
Elle tend également à éliminer quelques imprécisions.

Etant donné que cette révision partielle doit entrer en vigueur le 1er janvier
2001, nous sommes malheureusement obligés, pour des motifs d'urgence,
d'abréger quelque peu le délai habituel de la consultation. Nous vous sau-
rions donc gré d'examiner le projet, et de faire parvenir à l'Office fédéral des
assurances sociales, 3003 Berne, vos éventuelles observations à propos des
points qui vous intéressent d'ici **au 23 avril 1999**.

En vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions d'agréer,
Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

DEPARTEMENT
FEDERAL DE L'INTERIEUR

Ruth Dreifuss
Présidente de la Confédération

- Annexes:**
- Projet de révision partielle de la LAMal
 - Rapport de procédure de consultation
 - Liste des destinataires

Indication

Des exemplaires supplémentaires du rapport de procédure de consultation (en allemand, en français ou en italien) peuvent être commandés auprès de l'OFAS, division principale assurance-maladie et accidents, Effingerstrasse 31, 3003 Berne.



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Berna, 8 marzo 1999

**Ai partiti politici
e alle organizzazioni interessate**

**Revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie
(finanziamento degli ospedali): procedura di consultazione**

Gentili signore, egregi signori,

con la presente vi trasmettiamo un rapporto inerente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Questa revisione parziale ha come obbiettivo soprattutto di migliorare il funzionamento degli elementi del sistema LAMal nel campo del finanziamento degli ospedali. Essa tende inoltre a eliminare alcune imprecisioni.

Giacché questa revisione parziale deve entrare in vigore il 1° gennaio 2001, siamo purtroppo costretti per ragioni d'urgenza ad abbreviare l'abituale termine di consultazione. Vi preghiamo cortesemente di esaminare il progetto e di comunicare all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, **entro il 23 aprile 1999**, eventuali osservazioni in merito ai punti che vi interessano.

Vi ringraziamo sin d'ora della collaborazione e vi presentiamo i migliori saluti.

DIPARTIMENTO
FEDERALE DELL'INTERNO

Ruth Dreifuss
Presidente della Confederazione

- Allegati:**
- Disegno della revisione parziale LAMal
 - Rapporto della procedura di consultazione
 - Elenco dei destinatari

Indicazione

Ulteriori esemplari del rapporto per la procedura di consultazione (in italiano, tedesco o francese) sono ottenibili presso UFAS, Divisione principale assicurazione malattie e infortuni, Effingerstrasse 31, 3003 Berna



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Bern, 8. März 1999

An das
Schweizerische Bundesgericht
und das Eidgenössische
Versicherungsgericht

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
(Spitalfinanzierung): Vernehmlassungsverfahren**

Sehr geehrte Damen und Herren Bundesrichter

In der Beilage unterbreiten wir Ihnen einen Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Mit dieser Teilrevision soll vor allem das Funktionieren der Systemelemente des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung verbessert werden; zudem wird die Bereinigung von einigen Unklarheiten angestrebt.

Da die Gesetzesänderung auf den 1. Januar 2001 in Kraft treten soll, sind wir aufgrund der gebotenen Dringlichkeit leider gezwungen, die übliche Vernehmlassungsfrist etwas zu verkürzen. Wir bitten Sie, den Entwurf zu prüfen und dem Bundesamt für Sozialversicherung, 3003 Bern, Ihre allfällige Stellungnahme zu den Sie interessierenden Punkten bis zum **23. April 1999** zukommen zu lassen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

EIDGENÖSSISCHES DEPARTE-
MENT DES INNERN

Ruth Dreifuss
Bundespräsidentin

Beilagen: - Entwurf Teilrevision KVG
- Vernehmlassungsbericht
- Liste der Vernehmlassungsadressaten

Hinweis

Weitere Exemplare des Vernehmlassungsberichts (in deutscher, französischer oder italienischer Sprache) können beim BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, Effingerstrasse 31, 3003 Bern, bezogen werden.

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung
(KVG)**

Änderung vom ...

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom ¹⁾,

beschliesst:

I

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung² wird wie folgt geändert:

Art. 23 Statistik

¹Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Erstellung, die Auswertung und die Veröffentlichung der zur Durchführung dieses Gesetzes benötigten Statistiken sowie über den Zugang zu den gesammelten Daten und deren Verwendung. Er sorgt dafür, dass der Persönlichkeitsschutz gewährleistet ist.

²Die Versicherer, die Leistungserbringer, sowie die Behörden des Bundes und der Kantone wirken bei der Erstellung der Statistiken mit. Der Bundesrat kann die Pflicht zur Mitwirkung auf andere Personen und Organisationen ausdehnen; er hört diese zuvor an.

¹BBl 1999 ...

²SR 832.10

³Die Kantone können erhobene Daten für die Spitalplanung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d sowie die Planung der Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege nach Artikel 39 Absatz 4 Buchstabe a verwenden. Der Bund und die Kantone können diese Daten für weitere Zwecke verwenden, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Gesetzes notwendig ist.

Art. 25 Abs. 2 Bst. e und f

²Diese Leistungen umfassen:

- e. den Aufenthalt in einem Spital;
- f. den Aufenthalt in einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege;

Art. 35 Abs. 2 Bst. i

²Leistungserbringer sind:

- i. Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege;

Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e sowie Abs. 2, 3, 4 (neu)

¹Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen;
- e. auf der in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

²Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Absatz 1 Buchstabe d muss sich auf die Versorgung aller nach diesem Gesetz versicherungspflichtigen Personen (Art. 3) beziehen und die Patientenströme zwischen den Kantonen berücksichtigen. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen.

³Die Spitalliste nach Absatz 1 Buchstabe e muss sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler des Kantons, die über einen Leistungsauftrag verfügen, umfassen; sie kann auch Spitäler in anderen Kantonen umfassen, für die der Kanton mit einem oder mehreren Kantonen oder dem betreffenden Spital eine Vereinbarung abgeschlossen hat.

⁴Die Voraussetzungen von Absatz 1 und die Anforderungen an die Planung nach Absatz 2 und die Festsetzung der Liste nach Absatz 3 gelten sinngemäss für:

- a. Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die teilstationäre Krankenpflege anbieten (Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege);
- b. Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und-patientinnen dienen (Pflegeheime).

Art. 41 Abs. 1, 2 und 3

¹Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der in Spitälern oder Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege gilt, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

²Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;
- b. bei stationärer oder teilstationärer Behandlung in Spitälern oder Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

³Bei einer stationären oder teilstationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege ausserhalb des Wohnkantons vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 79 sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Art. 49 Sachüberschrift sowie Abs. 1, 1bis (neu), 2, 3, 4, 5 und 6
 Tarifverträge mit Spitälern und Einrichtungen der
 teilstationären Krankenpflege

¹Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) und der teilstationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege (Art. 39 Abs. 4 Bst. a) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die einheitlichen Strukturen können in Kategorien aufgeteilt werden. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

^{1bis}Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.

²Die Vergütungen nach den Absätzen 1 und 1bis werden je zur Hälfte vom Versicherer und dem jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Die Kantone können bestimmen, dass sie einen höheren Anteil übernehmen. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für Lehre und Forschung enthalten.

Variante:

²Die Vergütungen nach den Absätzen 1 und 1bis werden vom Versicherer und vom Wohnkanton der versicherten Person entsprechend einem Verteilschlüssel übernommen, der prospektiv zwischen dem Kanton und den Versicherern vereinbart worden ist. Dabei hat der Versicherer höchstens die Hälfte der Vergütungen zu übernehmen.

³Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif gemäss den Absätzen 1, 1bis und 2, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

⁴Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1-3 sind die Ansprüche des Spitals wie der Einrichtung der teilstationären Krankenpflege für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

⁵Die Vertragspartner vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

⁶Die Spitäler ermitteln ihre Betriebs- und Investitionskosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie müssen dazu über die finanziellen Führungsinstrumente verfügen und eine Kostenrechnung sowie eine Leistungsstatistik führen. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Bestimmungen.

Art. 51 Abs. 1

¹Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 2 bleibt vorbehalten.

II

Übergangsbestimmungen

¹Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 auf einheitlichen Strukturen zu beruhen haben. Die Einführung kann zeitlich gestaffelt erfolgen. Er bestimmt ebenfalls, wie die Investitionen, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung getätigt wurden, in die Tarifberechnung einbezogen werden.

²Vom Inkrafttreten dieser Änderung an wird der Anteil der Versicherer an den Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 2 zu Beginn jedes Kalenderjahres um einen Prozentpunkt erhöht, so dass der hälftige Anteil an diesen Vergütungen im fünften Kalenderjahr erreicht wird.

III

¹Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

²Es tritt am 1. Januar 2001 in Kraft.

**Teilrevision
des Bundesgesetzes vom 18. März 1994
über die Krankenversicherung**

Teil Spitalfinanzierung

Erläuternder Bericht

Einleitung

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)¹ enthält u.a. zwei Grundsätze: Einerseits ist dies das Festhalten an der Finanzierung der Krankenversicherung durch individuelle Kopfprämien, aber auch an der Kostenbeteiligung der Patientinnen resp. Patienten und den Beiträgen der öffentlichen Hand. Neben den Prämienverbilligungen an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen wurde auch die teilweise Finanzierung der stationären Versorgung durch Mittel der öffentlichen Hand als soziale Abfederung vorgesehen. Andererseits wurde eine strikte Trennung zwischen der sogenannten Grundversicherung, die eine soziale Krankenversicherung darstellt, und den Zusatzversicherungen, die den Regeln des Privatversicherungsrechts unterstellt sind, vorgenommen, was dazu führt, dass das Gesetz ein grundsätzlich in sich geschlossenes Versicherungssystem darstellt. Die genannten Grundsätze sollen nun mit dieser Vorlage gestärkt werden, wobei es gleichzeitig gilt, systemhemmende Unklarheiten zu beseitigen. Mit der Teilrevision sollen die im Gesetz verankerten Grundsätze konsequent umgesetzt, keinesfalls soll aber das System in Frage gestellt werden. Alternativen wie zum Beispiel die unternehmerische Verselbständigung oder gar Privatisierung der subventionierten Spitäler bei Ausrichtung von Beiträgen der Kantone an Versicherte, welche bestimmte Kriterien erfüllen (wie z. B. geringe finanzielle Mittel, hohe Kosten der medizinischen Behandlung) fallen deshalb ausser Betracht. Damit die Verantwortlichkeit der Finanzierungspartner eindeutig festgehalten ist, schlagen wir eine Festschreibung der Aufteilung der Finanzierung zwischen Versicherern und Kantonen vor. Zudem soll die Planung der Kantone sich auf alle diesem Gesetz unterstellten Personen beziehen, ohne Rücksicht auf das Vorliegen einer Zusatzversicherung.

1 Allgemeiner Teil

11 Entstehungsgeschichte

In der Botschaft vom 6. November 1991² des Bundesrates zum Entwurf zum neuen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) hielt man an der Finanzierung der Krankenversicherung durch individuelle Kopfprämien, aber auch an den Kostenbeteiligungen der Patienten und an den Beiträgen der öffentlichen Hand fest. Für die stationäre Versorgung wurde implizit davon ausgegangen, dass die Krankenversicherung nur einen Teil der Kosten zu übernehmen hat, da die Kantone aufgrund ihrer Verpflichtung für die stationäre Versorgung einen finanziellen Anteil leisten. Neben weiteren Massnahmen wie der Spitalplanung wurde dadurch ein Teil eines Massnahmenpaketes eingeführt, das bereits in der Teilrevisionsvorlage (Sofortprogramm) vom 20. März 1987³, die in der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1987 verworfen wurde, enthalten war. Sie sind dann im Gegenentwurf zur Krankenkasseninitiative⁴, (Bericht der Kommission des Ständerates über einen Gegenentwurf auf Gesetzesstufe⁵) wieder aufgenom-

¹SR 832.10

²BBl 1992 I 93

³81.044 Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Änderung vom 20. März 1987; BBl 1987 I 985 ff., 992-993, 995-996

⁴88.014 Volksinitiative für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)

⁵Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 17. Oktober 1988; BBl 1988 III 1323 ff., 1330-1333

men worden, weil ihre Notwendigkeit nie ernstlich bestritten worden war. Diese Massnahmen sind auch im Rahmen der Revision der Krankenversicherung, die im Jahre 1996 in Kraft getreten ist, nie prinzipiell in Frage gestellt worden. Damit wurde aber auch eine in der Praxis eingeführte Aufteilung der Finanzierung in die formelle Gesetzgebung aufgenommen.

12 Politische Zielsetzungen

Aufgrund der verfassungsmässigen Kompetenzausscheidung bildet die Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone (Art. 3 Bundesverfassung (BV)⁶). Der Bund seinerseits trägt letztlich die Verantwortung dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen gegen die Risiken von Krankheit und Unfall (Art. 34bis BV) versichern kann und damit die Kranken- und Unfallversicherung eine Sozialversicherung bleibt (vgl. zum Ganzen VPB 48 (1984) S. 492 ff.).

Im Gesundheitswesen können Bundes- und kantonale Regelungen daher nicht beziehungslos nebeneinander stehen, sondern müssen aufeinander abgestimmt werden. In der Krankenversicherung wurde die erwähnte Zuständigkeit der Kantone im stationären Bereich auch dadurch betont, dass in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten von der Versicherung getragen werden (Art. 49 Abs. 1 KVG) sollen. Daneben wurde den Kantonen die Aufgabe übertragen, die stationäre Versorgung zu planen und eine Liste der zur Krankenversicherung zugelassenen Spitäler zu erstellen (Art. 39 Abs. 1 KVG).

Neben der Tatsache, dass sich wegen der teilweisen Steuerfinanzierung für die Finanzierung des Spitalbereichs eine sozialere Lastenverteilung ergibt, als dies bei einer reinen Prämienfinanzierung der Fall wäre, wurden die Kantone so indirekt verpflichtet, die Folgen ihrer Investitionen im Spitalbereich mitzutragen, indem sie einen Teil der aufgrund der getätigten Investitionen entstehenden Betriebskosten finanzieren. Damit wird aber auch bezweckt, dass die Planungspflicht und insbesondere die Koordination bei der Planung, Finanzierung und Belegung der Spitäler von den Kantonen konsequent wahrgenommen wird, was zu einer Optimierung der Ressourcennutzung führt. Eine Kosteneindämmung soll einerseits dadurch erfolgen, dass die Schaffung resp. Aufrechterhaltung unnötiger Kapazitäten vermieden wird und andererseits durch die koordinierte und bedarfsgerechte Bereitstellung und gemeinsame Verwendung der effektiv benötigten Kapazitäten. Im stationären Bereich wurde deshalb eine staatliche Lenkung vorgeschrieben. Zusätzlich sollte der Wettbewerb im Tarifbereich mit kartellrechtlichen Massnahmen (Art. 46 Abs. 3 KVG) gefördert werden. Mit dieser Mischung von interventionistischen und wettbewerbsfördernden Massnahmen sollte der kostenträchtigste Bereich im Gesundheitswesen beeinflusst werden. Diese Zielsetzung war auch im Parlament weitgehend unbestritten.

⁶SR 101

13 Einführungsphase

In der ersten Umsetzungsphase des auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretenen neuen Gesetzes zeichneten sich bereits verschiedene Vollzugsprobleme ab. Nicht zuletzt die unterschiedlichen Interpretationen zur Frage der Kostenübernahme bei ausserkantonaler Hospitalisation und der darin begründete Erlass von Spitallisten führten zu einer Vielzahl von Beschwerden an den Bundesrat (Art. 53 KVG). Die Beschwerden richteten sich grösstenteils gegen die Spital- und Pflegeheimlisten, welche die Kantone gestützt auf ihre Kompetenz nach Artikel 39 KVG zu erlassen haben. Zum kleineren Teil wurden Tarife der Spitäler, Pflegeheime, Spitexorganisationen und anderer ambulanter Leistungserbringer (ÄrztInnen, Hebammen) in Frage gestellt.

Im Bereich der Spittarife drehten sich die Auseinandersetzungen vor allem um die Höhe des Kostendeckungsgrades in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern. Mit der Fortschreibung der anteilmässigen Finanzierung der Kosten des stationären Bereichs durch die Kantone hat das KVG implizit die – im neuen Gesetz eigentlich systemfremde – Defizitgarantie des KUVG übernommen. Feststellbar war, dass der Anteil der durch die Krankenversicherung gedeckten Kosten in den meisten öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zwischen 40 und 50 Prozent betrug, in einigen wenigen sogar über 50 Prozent. Damit war wenig Spielraum vorhanden, die Tarife aufgrund des Kostendeckungsgrades zu erhöhen. Der in diversen Beschwerdeverfahren festgestellte Mangel an Kostentransparenz führte dazu, dass die anrechenbaren Kosten nur schwer bestimmbar sind, weshalb Tarifierhöhungen vom Bundesrat nur sehr zurückhaltend genehmigt wurden.

Zwischen Kantonen und Krankenversicherern war seit Inkrafttreten des KVG zudem umstritten, wie Artikel 41 Absatz 3 KVG bezüglich der Beitragsleistung an medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen auszulegen sei. Streitpunkt war die Frage, ob der Kanton seinen Beitrag an ausserkantonale Behandlungen unabhängig von der Art der Abteilung, in der die Behandlung durchgeführt wird, ausrichten muss.

In zwei Grundsatzurteilen⁷ hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) im Dezember 1997 entschieden, dass die Beitragspflicht des Kantons bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Das EVG ging dabei davon aus, dass beim Aufenthalt in der (halb)privaten Abteilung die Kosten entsprechend den Taxen für die allgemeine Abteilung des betreffenden Spitals vergütet werden, wie wenn sich der Versicherte in der allgemeinen Abteilung aufgehalten hätte. Wenn ein Spital keine allgemeine Abteilung führt, kommen Referenztarife zum Zuge. Weil die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung nicht davon abhängt, ob sich eine versicherte Person tatsächlich in der allgemeinen Abteilung aufgehalten habe, gäbe es auch keinen Grund, die gleichartige Leistung des Kantons unter denselben Umständen zu verweigern. Das EVG stützte sich dabei neben den keine andere Aussage enthaltenden Materialien und der Nichterwähnung des Begriffs der allgemeinen Abteilung in Artikel 41 Absatz 3 KVG vor allem auf die Zielsetzung der Einführung dieser Bestimmung: den Lastenausgleich und die verstärkte Koordination zwischen den Kantonen. Stattfinden soll ein Ausgleich zwischen (kleinen) Kantonen, welche aus gesundheitspolitischen Gründen gewisse stationäre Leistungen nicht anbieten, und Kantonen mit ausgebauter, durch Steuern der Kantonseinwohner bzw.

⁷BGE 123 V 290ff., 310ff.

Kantonseinwohnerinnen mitfinanzierter Spitalversorgung. Gleichzeitig entschied das EVG aber auch, dass bei nicht subventionierten Spitälern diese Bestimmung nicht zur Anwendung kommen könne, weil die Ausgleichspflicht des Wohnkantons aufgrund des klaren Wortlautes des Gesetzes nur bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zum Tragen komme und bei nicht subventionierten Spitälern die Tarife für ausserkantonale Patientinnen bzw. Patienten und für solche aus dem Standortkanton in der Regel gleich hoch sind. Die in Rechnung gestellten Kosten dürften also den Tarifen des betreffenden Spitals entsprechen, womit sich die Frage einer Ausgleichspflicht gar nicht stellen kann. Nicht ausgesprochen hat sich das EVG zur Frage, ob die Kantone auch innerhalb des Kantons einen Beitrag an die Behandlung von Halbprivat- und Privatversicherten entrichten müssen. Aufgrund der Systematik des KVG ist davon auszugehen, dass ein diesbezüglicher Gerichtsentscheid zugunsten der Beitragspflicht der Kantone an die innerkantonale Behandlung privat- und halbprivatversicherter Personen ausfallen würde.

Zwar ist zur Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Spitalbehandlung von halbprivat oder privat Versicherten ein Abkommen zwischen Kantonen und Krankenversicherern ratifiziert worden. Das Abkommen gilt bis zum 31. Dezember 2000 und kann um ein Jahr verlängert werden. Als Alternative zu einer weiteren punktuellen Regelung soll im Rahmen dieser Teilrevision eine definitive Regelung vorgeschlagen werden, welche auch die noch offene Frage in bezug auf die innerkantonal behandelten Halbprivat- und Privatversicherten einbezieht.

14 Sozialpolitische Wirkung

Das neue Gesetz garantiert mit dem Obligatorium (Art. 3 KVG) und einem entsprechenden Pflichtleistungskatalog (Art. 24 KVG) allen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz den Zugang zu einer breiten Palette von medizinischen Leistungen. Ausserdem ist keine Befristung der Leistungen bei stationärer Behandlung mehr möglich. Damit wird allen versicherten Personen – ohne Vorbehalte – der gleiche Zugang zu den gleichen Leistungen garantiert. Zusätzliche Leistungen sollten freiwillig und mit entsprechenden Prämienfolgen zusätzlich zu versichern sein, dies nach Regeln des Privatversicherungsrechts. Dieses Prinzip gilt sowohl für die ambulante und teilstationäre als auch für die stationäre medizinische Behandlung.

Die neuen Regelungen wirken sich unter anderem auch auf die Finanzierung des Spitalbereichs aus. Der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte ging im Jahre 1996 zurück, jener der Krankenversicherung nahm zu (Tabelle "Kosten und Finanzierung der Spitäler" im Anhang). Zum grossen Teil war dies bedingt durch die unbefristete Übernahme der stationären Kosten, welche ein wichtiges sozialpolitisches Anliegen der Gesetzesvorlage bildete. Der Anteil der öffentlichen Hand an der Spitalfinanzierung bewegte sich ungefähr im Bereich der Vorjahre. Eine gewisse Tendenz zur Entlastung der öffentlichen Hand durch die (durch Kopfprämien finanzierte) Krankenversicherung wurde jedoch bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und der Sozialhilfe festgestellt – Bereiche, welche ganz oder teilweise durch (progressiv zum Einkommen erhobene) Steuern finanziert sind. Anzumerken ist auch, dass der Anteil der Kantone an der Finanzierung der Spitäler seit Anfang der 90er-Jahre generell wieder rückläufig ist. Falls sich dieser graduelle Rückzug der Kantone aus der Spitalfinanzierung weiterentwickelt, kann er – insbesondere zusammen mit der von gewissen Kantonen angestrebten Überführung der Spitäler in Aktiengesellschaften – gravierende sozialpolitische Umverteilungswirkungen auslösen.

15 Allgemeine Umsetzungsprobleme

Zum Grundsätzlichen und den Gründen, welche für eine Teilrevision im Bereich der Spitalfinanzierung sprechen, können wir hier auf die Botschaft des Bundesrates vom 21. September 1998⁸, welche die Festsetzung der Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und eine Teilrevision des KVG zum Thema hat, verweisen. Erneut hervorzuheben ist jedoch der Zweck der vorgeschlagenen Teilrevision: Er besteht nicht in einer tiefgreifenden Änderung der grundlegenden Mechanismen des Gesetzes. Für eine solche wäre der Zeitpunkt zu früh gewählt, denn die neuen Mechanismen konnten ihre volle Wirkung wegen der zu kurzen Zeitspanne seit ihrem Inkrafttreten noch nicht vollständig entfalten. Die Teilrevision zielt vielmehr auf Änderungen ab, welche bewirken sollen, dass die verschiedenen Elemente des Systems ohne grössere Schwierigkeiten funktionieren können. In diesem Sinne sind Unklarheiten zu bereinigen; zudem ist eine verbesserte Funktionsweise der bestehenden Mechanismen anzustreben. Insbesondere sind die Anreize konsequenter auf das Ziel der Kosteneindämmung auszurichten. Dies bedingt eine Abkehr vom im Gesetz implizit enthaltenen Prinzip der Kostendeckung. Ersetzt werden soll es durch die Finanzierung von Leistungen. Zum Thema Spitalfinanzierung und Kosteneindämmung sind im übrigen zahlreiche parlamentarische Vorstösse eingegangen. In seinen Antworten hat der Bundesrat immer daran festgehalten, dass, bevor eine grundsätzliche Systemänderung – wie zum Beispiel die völlige Abschaffung der Spitalsubventionen – in Betracht gezogen wird, das System des KVG seine Wirkung entfalten soll.

Die vermehrte Ausrichtung der wirtschaftlichen Anreize auf das Ziel der Kosteneindämmung bedingt zudem, dass unternehmerische Kriterien im Spitalbereich vermehrt zum Tragen kommen. Einerseits bedeutet dies für die Entscheidungsträger mehr Eigenverantwortung, andererseits ein erhöhtes Risiko. Im Sinne unternehmerischer Gesichtspunkte sind unzweckmässige Strukturen abzubauen. Als Beispiel zu nennen ist die unterschiedliche Finanzierung von Investitions- (finanziert durch die Kantone) und Betriebskosten (duale Finanzierung): Investitionen sind nie unabhängig vom Betrieb, Investitionen haben immer auch einen Einfluss auf die Betriebskosten (Leistungsangebot, Abschreibungen). Mit der Entstehung neuer Finanzierungsformen, insbesondere des Leasings, ist der Übergang zwischen Investitions- und Betriebskosten zudem fliessend geworden. Dies rechtfertigt eine ganzheitliche Sicht und bedeutet, dass für Betriebs- und Investitionskosten die gleiche Finanzierungsregelung gelten soll. Im übrigen sind zur vermehrten Ausrichtung der Spitalführung auf unternehmerische Kriterien auch die entsprechenden Führungsinstrumente zu fordern.

Die vom Bundesrat mit der Untersuchung von Aus- und Abbaumassnahmen auf der Leistungsseite der Sozialversicherungen beauftragte interdepartementale Arbeitsgruppe „Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo 2)“ hat im Bereich der Krankenversicherung auch die Spitalfinanzierung in ihre Betrachtungen eingeschlossen. Was die Krankenversicherung im allgemeinen betrifft, ist die Arbeitsgruppe zum Schluss gekommen, dass die Massnahmen, welche heute bereits in Umsetzung begriffen sind oder mit dem geltenden System vereinbar wären, zu einer verstärkten Dämpfung der Kostensteigerung in

⁸BBl 1999 791

der Grössenordnung von 0,4 bis 0,8 Mehrwertsteuer-Prozentpunkten führen können. Dabei wurde präzisiert, dass strengere Massnahmen das geltende System aufbrechen und dessen radikale Umgestaltung notwendig machen würden. Unter Bezugnahme auf die Spitalplanung verschiedener Kantone sowie auf Äusserungen verschiedener Exponenten des Gesundheitswesens wird im Bericht der IDA FiSo 2 das Sparpotential bei einem hälftigen Abbau der Überkapazitäten im Spitalbereich auf 5 Prozent der gesamten Ausgaben der Krankenversicherung geschätzt. Dies entspräche rund 930 Millionen Franken (Budget 1998: 18,6 Milliarden Franken).

2 Grundzüge der Vorlage

Die Kostensteigerung in der Grundversicherung hält auch nach Inkrafttreten des Gesetzes an. Dennoch ist nach dem Übergangsjahr 1996 eine Beruhigung festzustellen:

Jahr	Veränderung der Kosten in der Grundversicherung
1996	+ 10.2%
1997	+ 5.5%
1998	+ 4.9 %
1999	+ 3.7 %

Quelle:

- 1996, 1997: Bundesamt für Sozialversicherung, Statistik über die Krankenversicherung, Seite 45.
- 1998, 1999: laut den durchschnittlichen Erwartungen der Krankenversicherer bei der Kalkulation der Prämien 1998 und 1999.

Hervorzuheben ist, dass der stationäre Bereich ungefähr 30 Prozent der Kosten der Krankenversicherung (Grundversicherung) verursacht. Die Kosten der stationären Gesundheitsversorgung werden zudem massgeblich von den Kantonen mitgetragen. Diese subventionieren nicht nur mindestens die Hälfte der Betriebskosten für die allgemeinen Abteilungen der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler, sie tragen auch deren Investitionskosten sowie die Kosten für Lehre und Forschung. Dementsprechend ist auch der Artikel 49 in seiner heutigen Version ausgestaltet. Die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler weisen im Verhältnis zu den nicht subventionierten Spitäler einen sehr viel grösseren Teil der Pflegetage auf.

Anhang: Tabellen resp. Abbildungen zur Entwicklung und Finanzierung der Spitalkosten

Im Zusatzversicherungsbereich erhalten die Spitäler jedoch keine Subventionen. Deshalb sollten die Tarife für den Aufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung einen kostendeckenden Charakter aufweisen. Anzufügen ist hier, dass sich die Tarife, so wie sie sich heute präsentieren, tatsächlich an den Aufenthalt in einer bestimmten Abteilung anlehnen. Damit ist zumeist verbunden, dass neben einer Teilpauschale für Aufenthalt und Pflege alle Leistungen separat verrechnet werden und insbesondere die ärztlichen Leistungen mit Zuschlägen versehen werden. Dies hat denn auch dazu geführt, dass trotz Einführung eines umfassenden Versicherungsobligatoriums sowohl die Tarifierungsregeln des Gesetzes als auch die Subventionen der öffentlichen Hand weiterhin nur für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals verwendet wurden.

Auch wurde festgestellt, dass trotz Bemühungen um die Kosteneindämmung viele der grundsätzlich möglichen Massnahmen nicht oder nur ungenügend ergriffen wurden. So bilden z.B. Fallpreismodelle immer noch die Ausnahme unter den geltenden Spitaltarifen. Dasselbe gilt für die Globalbudgetierung. Die Spitalplanung wurde in den Kantonen fristgerecht (bis Ende 1997 nach Art. 2 Abs. 2 der Verordnung vom 12. April 1995 über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung⁹⁾ erstellt, und im Rahmen der bisher entschiedenen Beschwerden wurden auch die meisten in diesem Bereich offenen Fragen geklärt. Um nun die Umsetzung des Gesetzes und der ihm zugrundeliegenden Prinzipien zu fördern, soll mit dieser Vorlage einerseits der kosteneindämmende Charakter des Finanzierungsmodus im stationären Bereich verstärkt und andererseits der Einführung einer in sich geschlossenen sozialen Krankenversicherung Nachachtung verschafft werden, ohne dass das System der Spitalfinanzierung grundlegend geändert wird. Damit bildet die vorliegend vorgeschlagene Revision einen Bestandteil der gesamten für die Jahre 2000 und 2001 vorgesehenen Teilrevision.

21 Leistungen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt im stationären Bereich die medizinische Behandlung sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung der Spitäler ab (Art. 49 Abs. 1 KVG). Der Begriff der allgemeinen Abteilung hat im Gesetz Aufnahme gefunden, um den Leistungsumfang des KVG zu umschreiben. Das in Ziffer 13 erwähnte Urteil des EVG hat diese Sicht auch für das neue Recht bestätigt. Damit wurde ein unter dem alten Recht verwendeter Begriff eines Versicherungsproduktes übertragen, was nach den vorstehenden Ausführungen nicht geeignet sein kann, die Leistungen des KVG zu umschreiben. Wir schlagen daher vor, diesen Begriff zu streichen und festzuhalten, dass der Aufenthalt im Spital zum Leistungskatalog des Gesetzes gehört.

22 Leistungserbringer

Das Gesetz hat die Spitalplanung als kantonale Aufgabe eingeführt. Damit wird der unter Ziffer 12 umschriebenen Aufgabenteilung nachgelebt. Für die Zulassung als Leistungserbringer und die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ist die Aufnahme in die Spitalplanung/liste nach Artikel 39 KVG Voraussetzung. Für die Kostenübernahme soll es daher nach der auch vom Eidgenössischen Versicherungsgericht gestützten Auffassung keine Rolle spielen, ob die stationäre Behandlung in der allgemeinen oder in der Halbprivat- oder Privatabteilung erfolgt. Dies hat zur Folge, dass alle stationären Kapazitäten in die Bedarfsplanung einbezogen werden müssen und dass eine Differenzierung nach Abteilungen nicht sachgerecht ist. Damit wird ein im Gesetz vorgesehenes kostendämpfendes Instrument verstärkt. Aus diesen Gründen schlagen wir vor, explizit festzuhalten, dass die Spitalplanung und damit auch die Spitalliste alle nach KVG zu erbringenden Leistungen zu umfassen haben. Zusätzlich soll aufgrund der Zuordnung der teilstationären Behandlung zum stationären Bereich (vgl. Artikel 49 Absatz 1 unten) die Planungspflicht auf die Einrichtungen, die teilstationäre Krankenpflege anbieten, ausgedehnt werden.

⁹SR 832.101

23 Wahl und Kostenübernahme

Die Einführung der Spitalplanung hatte Auswirkungen auf die Wahl des Leistungserbringers, da die Frage, welche Spitäler die Versicherten aufsuchen können, von Kantonen und Versicherern unterschiedlich interpretiert wird. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hatte noch keine Gelegenheit, sich zur Frage der Leistungspflicht zu äussern. Um deutlich zu machen, dass sämtliche Spitäler, die auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, im Wahlrecht der Versicherten stehen, schlagen wir eine Ergänzung des Absatzes 1 von Artikel 41 vor.

24 Tarife

Zentraler Punkt der Vorlage ist der Tarifbereich. In diesem steht der Wettbewerbsgedanke im Vordergrund. Dies wird nicht zuletzt deutlich durch die in Artikel 46 Absatz 3 KVG eingeführten Normen, die ein kartellrechtlich verbotenes Verhalten der Leistungserbringer zu verhindern suchen. Eine Stärkung dieses Wettbewerbsgedankens ist eines der Ziele dieser Vorlage. Zwar ist grundsätzlich am System der Pauschaltarifierung festzuhalten. Es soll jedoch die Tendenz zu einer leistungsbezogenen Finanzierungverstrkt und damit eine Abkehr von der bisher üblichen Objektsubventionierung erreicht werden. Zudem soll die finanzielle Beteiligung der Kantone explizit verankert werden.

Durch die vorgeschlagene Streichung des Begriffes "allgemeine Abteilung" entfällt ferner eine Differenzierung nach dem Aufenthaltsort der Versicherten. Im Nachgang der erwähnten Urteile des EVG wird somit dieses System auch für die innerkantonale Hospitalisation festgesetzt. Zukünftig soll daher sowohl die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer wie diejenige der öffentlichen Hand allein davon abhängen, ob der Leistungserbringer für die Behandlung geeignet und zugelassen ist.

3 Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen

Artikel 23 Absatz 1

Gemäss Artikel 30 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung¹⁰ (KVV) erhebt das Bundesamt für Statistik zu Handen des BSV die Angaben der Spitäler. Aufgrund von Artikel 14 des Bundesstatistikgesetzes vom 9. Oktober 1992¹¹ dürfen die zu statistischen Zwecken erhobenen Daten nicht zu anderen Zwecken verwendet werden, ausser wenn ein Bundesgesetz eine andere Verwendung ausdrücklich anordnet. Um dieser Bedingung zu entsprechen, schlagen wir die Änderung von Artikel 23 KVG vor.

¹⁰SR 832.102

¹¹SR 431.01

Artikel 23 Absatz 2

Da mit der Gesetzesänderung nicht mehr unterschieden wird, ob eine Leistung von einem öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten oder einem privaten Spital erbracht wird, soll für sämtliche Leistungserbringer ausdrücklich die selbe Pflicht zur Mitwirkung bei der Erstellung der Statistiken gelten.

Artikel 23 Absatz 3

Es hat sich gezeigt, dass die Kantone im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Pflicht zur Erstellung einer Spitalplanung, welche insbesondere auch die Privatspitäler einschliesst, die selben Daten benötigen. Es wäre deshalb wünschbar, wenn auch die Kantone Zugriff auf die im Rahmen der Spitalstatistik erhobenen Daten hätten.

Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe e

In Ziffer 21 wurde bereits erwähnt, dass der Begriff „allgemeine Abteilung“ gestrichen werden soll. Dies hat keineswegs zur Folge, dass der Aufenthalt im Spital unabhängig von den Kosten zu übernehmen ist. Mit Blick auf die allgemeinen Voraussetzungen für die Kostenübernahme nach Artikel 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen) sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 56 KVG kann sich die Kostenübernahme für den Aufenthalt klarerweise nur auf das für den Behandlungszweck geeignete Mass beschränken. Zusätzliche Leistungen wie der Aufenthalt in einem Einzel- oder Doppelzimmer unabhängig vom Gesundheitszustand sind weiterhin nicht dem KVG unterworfen und mittels dem Privatversicherungsrecht unterworfenen Zusatzversicherungsprodukte zu versichern.

Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f

Teilstationäre Behandlungen werden nicht nur in Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege erbracht, sondern können auch von Spitälern angeboten werden. Wir schlagen im Sinne einer Präzisierung vor, den deutschen Text in diesem Sinne umzuformulieren.

Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe i

In Anlehnung an Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f ist die deutsche Formulierung auch an dieser Stelle zu ändern.

Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben d und e sowie Absätze 2 und 3

Unsicherheiten bestehen über den Umfang der Planungspflicht der Kantone. Im Hinblick auf die Anwendung der Finanzierungsregel (nachfolgend unter Art. 49 Abs. 2) auf die Behandlung aller Versicherten schlagen wir im Sinne einer Klarstellung die explizite Aufführung der Planungspflicht für alle dem KVG unterstellten Personen vor. Damit wird die in der Praxis häufig anzutreffende Unterscheidung zwischen den Versicherten aufgrund ihrer Versicherungsdeckung unzulässig. Zudem sollte nochmals unterstrichen werden, dass ein Kanton nur dann bedarfsgerecht planen kann, wenn er die Patientenströme kennt und seine Kapazitäten mit den Nachbarkantonen koordinieren kann.

Die Unterteilung der Listen in Kategorien dient der Umschreibung der angebotenen medizinischen Spezialitäten. Welche Aufgaben ein Spital im Rahmen der kantonalen Planung zu erfüllen hat, wird unter anderem mit dem Leistungsauftrag umschrieben. Das Wort Leistungsauftrag wurde oft falsch, nämlich dahingehend verstanden, dass mit einem Auftrag verpflichtend eine Abgeltungspflicht verknüpft sei. Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesrats traf dies nicht zu¹². Vielmehr wurde einem Spital mit dem Leistungsauftrag ein Leistungsspektrum zugewiesen und das Spital dafür in die Spitalliste aufgenommen. Aus einem so verstandenen Leistungsauftrag konnte keine zwingende finanzielle Verpflichtung des Kantons abgeleitet werden. Wenn, in Verbindung von Artikel 39 mit Artikel 49 Absatz 2, sowohl die Krankenversicherung als auch die Kantone einen Beitrag an die Vergütung der Leistungen jener Spitäler leisten, welche sich auf einer Spitalliste befinden, kommt dies der Abgeltung eines Auftrags im finanztechnischen Sinn sehr nahe. Eine Ergänzung der Bestimmung drängt sich deshalb nicht auf, weil sich die Frage der generellen Abgeltung eines Spitals für die Erfüllung seines Auftrags nicht mehr stellt, wenn Leistungen anstelle von Objekten finanziert werden.

Artikel 39 Absatz 4

Im Sinne der vorgeschlagenen Gleichstellung von teilstationärer und stationärer Behandlung (im einzelnen s. Art. 49 Abs. 1) schlagen wir bezüglich der Planung eine Ausdehnung vor, so dass für die Zulassung von Einrichtungen, die teilstationäre Krankenpflege anbieten (Art. 35 Abs. 1 Bst. i), Planung und Aufführung auf der Liste Voraussetzung sein soll. Nur so kann der an der Finanzierung der Leistungen beteiligte Kanton seine Verantwortung bezüglich dem Ausbau und Unterhalt der Infrastruktur wahrnehmen und eine Steuerungs- und Koordinationsfunktion wahrnehmen.

Artikel 41 Absatz 1

Um deutlich zu machen, dass sämtliche Spitäler, die auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, im Wahlrecht der Versicherten stehen, schlagen wir eine Ergänzung des Absatzes 1 vor. Demzufolge steht nach Satz 1 den Versicherten die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern offen. Als zugelassen gelten die Spitäler und teilstationären Einrichtungen, die auf der Liste des Wohnkantons der Versicherten oder auf der Liste des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, aufgeführt sind. Eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherung erfolgt jedoch - mit Ausnahme der medizinischen Indikation (Art. 41 Abs. 2 KVG) - nur nach dem Tarif jener Spitäler und Einrichtungen, die teilstationäre Krankenpflege anbieten, welche auf der Liste des Wohnkantons der Versicherten aufgeführt sind. Sucht eine versicherte Person ohne medizinische Notwendigkeit einen nicht auf der Liste des Wohnkantons aufgeführten, aber zugelassenen Leistungserbringer auf, so besteht für die versicherte Person Tarifschutz, indem sich der Leistungserbringer an den genehmigten oder festgesetzten Tarif (Art. 46 Abs. 4, Art. 47 Abs. 2 KVG) halten muss. Die Krankenversicherung übernimmt lediglich denjenigen Anteil der Kosten, der dem Tarif der Spitäler und teilstationären Einrichtungen, die auf der Liste des Wohnkantons der Versicherten aufgeführt sind, entspricht.

¹² Vgl. dazu den Entscheid des Bundesrates vom 26. März 1997, RKUV 4/1997, S. 220 ff.

Artikel 41 Absatz 2 Buchstabe b

Zusätzlich ergreifen wir die Gelegenheit, das Verhältnis der Absätze 2 und 3 zu klären und schlagen vor, nur noch festzuhalten, dass, sofern für eine bestimmte Behandlung bzw. bei einem Notfall kein auf der Liste des Wohnkantons aufgeführter Leistungserbringer aufgesucht werden kann, ein anderer Leistungserbringer im Wahlrecht des Versicherten steht. Zusammengefasst erfolgt eine Kostenübernahme für stationäre oder teilstationäre Behandlung durch die Krankenversicherung somit, wenn entweder ein auf der Liste des Wohnkantons aufgeführter Leistungserbringer für die Behandlung geeignet ist oder aus medizinischen Gründen ein anderer Leistungserbringer, der nicht auf der Liste des Wohnkantons aufgeführt ist, aufzusuchen ist. Da wir uns in einem in sich geschlossenen Versicherungssystem bewegen, ist auch im letztgenannten Fall nur einem nach den Regeln des Gesetzes zugelassenen Leistungserbringer die Verrechnung von Leistungen zulasten der Krankenversicherung gestattet.

Artikel 41 Absatz 3

Diese Bestimmung legte die Beitragspflicht des Wohnkantons für den Fall fest, dass eine Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Wohnkantons nicht angeboten oder in Anspruch genommen werden konnte. Die erwähnten EVG-Urteile haben zu einer Klärung geführt in der Frage, inwieweit die Beitragspflicht vom Aufenthaltsort der Versicherten abhängt. In Artikel 49 schlagen wir eine Ausdehnung der Finanzierungsregel auf alle Spitalabteilungen und alle Spitaltypen vor. Der Verweis auf Artikel 49 soll der Harmonisierung der Artikel 49 und 41 dienen. Klarzustellen ist demnach, dass der Wohnkanton nicht nur innerhalb des Kantons, sondern auch ausserhalb des Kantons, unabhängig von der Aufführung eines Spitals auf seiner Liste, den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil zu übernehmen hat.

Artikel 49 Sachüberschrift

Weil vorgeschlagen wird, den teilstationären und stationären Bereich dem gleichen Finanzierungsregime zu unterstellen, ist der Titel zu Artikel 49 entsprechend anzupassen.

Artikel 49 Absatz 1

Bis anhin wird für die Tarife der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler ein Kostendeckungsgrad durch die Krankenversicherung von maximal 50% der anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung für KantonseinwohnerInnen vorgeschrieben. Wie die restlichen Kosten zu decken sind, wird nirgends vorgeschrieben. Dennoch geht man aufgrund der Verpflichtung der Kantone für die stationäre Versorgung davon aus, dass diese die von ihnen geschaffene bzw. geförderte stationäre Infrastruktur auch während des Betriebes finanziell unterstützen und insbesondere deren Defizite decken. Dies hat dazu geführt, dass die Kantone Institutionen statt Leistungen finanzieren. Um die (falschen) Anreize der heutigen Objektfinanzierung zu korrigieren, ist aus ökonomischer Sicht das System der Leistungsfinanzierung durch sog. Fall- oder Abteilungspauschalen auf breiter Basis einzuführen. Diese Subjektfinanzierung hat den Vorteil, dass das Geld dorthin geleitet wird, wo die Leistung erbracht wird. Die Entschädigung der medizinischen Leistung erfolgt bei der klassischen Fallpauschale (DRG = Diagnosis Related Group) abhängig von der festgestellten Diagnose: Für eine bestimmte Leistung (z.B. Blinddarmoperation) wird ein prospektiv festgelegter Betrag vergütet. Bei polymorbiden Patientinnen bzw. Pa-

tienten (und bei Langzeitpatientinnen bzw. -patienten) hingegen kann nicht mit Fallpauschalen abgerechnet werden, da diese den Krankheitsverlauf und den von Fall zu Fall unterschiedlichen Aufwand, der mit einer bestimmten medizinischen Behandlung verbunden sein kann, zu wenig exakt wiedergeben. Hier kann entweder mit Abteilungspauschalen oder, um den individuellen Patientenmerkmalen Rechnung zu tragen, mit PMCs (Patient Management Categories) eine Differenzierung erreicht werden, denn letztere berücksichtigen beispielsweise Alter, Geschlecht, psychische Verfassung etc.. Wichtig bei all diesen Vergütungsformen ist, dass sie nach einheitlichen Klassifizierungssystemen aufgebaut sind, um gesamtschweizerische Vergleiche und eine einfache interkantonale Vergütung zu ermöglichen. Deshalb sollen gesamtschweizerisch einheitliche Strukturen eingeführt werden. Sie sollen in Kategorien unterteilt werden können. Dies bedeutet, dass für unterschiedliche Leistungen, auch in einem bestimmten Bereich (z.B. Gynäkologie), verschiedene Pauschalsysteme (z.B. Fallpauschalen, Tagespauschalen) nebeneinander Anwendung finden können. Analog dem für die Einzelleistungstarife in Artikel 43 Absatz 5 KVG vorgesehenen System ist es in erster Linie Sache der Tarifpartner, diese Strukturen zu erarbeiten. Erst wenn dies in einer vom Bundesrat (vgl. Übergangsbestimmung nachfolgend) festgelegten Frist nicht erfolgt ist, wird der Bundesrat tätig.

Wie bereits erwähnt, soll mit dieser Vorlage unter anderem der kosteneindämmende Charakter des Finanzierungsmodus im stationären Bereich verstärkt werden. Dasselbe Ziel wurde mit der Einführung der Kostenbeteiligung im Spital angestrebt, mit welcher das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt und die Eindämmung eines medizinisch nicht notwendigen Konsums von medizinischen Dienstleistungen erreicht werden sollte. Für die Versicherten sollte kein Anreiz mehr bestehen, Behandlungen, die auch ambulant oder teilstationär erbracht werden können, im Spital durchführen zu lassen. Der oft fließende Übergang zwischen teilstationärer und stationärer Behandlung hat im Zusammenhang mit operativen Tätigkeiten jedoch dazu geführt, dass der Anreiz zur Kosteneindämmung nicht in genügendem Mass Wirkung gezeigt hat. Dadurch wurden insbesondere Patienten resp. Patientinnen ohne zusätzlichen Versicherungsschutz tendenziell eher hospitalisiert. Als Folge wurde der Spielraum, den das Gesetz den Tarifpartnern bezüglich der Ausgestaltung der teilstationären Behandlung liess, nicht oder ungenügend genutzt. Um die Abgrenzung zu vereinfachen und die Anreize richtig zu setzen, schlagen wir vor, die teilstationäre Behandlung dem Finanzierungsregime des stationären Bereiches zuzuordnen.

Bezüglich der Definition und Abgrenzung der Begriffe "stationär", "teilstationär" und "ambulant" bestehen Interpretationsdifferenzen, insbesondere zwischen den Tarifpartnern. Als "teilstationäre Behandlung" wird insbesondere die Behandlung und medizinische Versorgung in sogenannten Tages- und Nachtkliniken oder auch in Einrichtungen der sogenannten "One-day-surgery" qualifiziert; ein typisches Kennzeichen ist der einmalige oder wiederholte Klinikaufenthalt von prinzipiell kürzerer Dauer als "rund um die Uhr"¹³. Wie für die stationäre Behandlung ist für die teilstationäre Behandlung eine Spitalinfrastruktur sowie eine an die Behandlung anschliessende Überwachung und Pflege im stationären Rahmen erforderlich. Eine ambulante Behandlung hingegen erfordert keine an die Behandlung anschliessende Überwachung und Pflege in einem stationären Rahmen. Die Dauer der teilstationären Behandlung von in der Regel weniger als 24 Stunden kann als Abgrenzungskriterium gegenüber der stationären Behand-

¹³Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 167f.

lung gelten. Im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Pauschalen resp. Fallpauschalen für die stationäre und teilstationäre Behandlung durch die Tarifpartner werden sich in der Praxis Leitlinien ergeben zur Abgrenzung von stationärem, teilstationärem und ambulanten Bereich. Weil sich in diesem Bereich noch keine gefestigte Praxis herausgebildet hat und noch starke regionale Unterschiede bestehen, soll die Definition auf Verordnungsstufe festgehalten werden. Dies ist deswegen von Vorteil, weil allfällige sich im Laufe der Zeit ergebende Änderungen leichter berücksichtigt werden können.

Artikel 49 Absatz 1bis

In diesem neu geschaffenen Absatz wird die bisher in Artikel 49 Absatz 2 KVG vorgesehene Möglichkeit der separaten Tarifierung von besonderen diagnostischen und therapeutischen Leistungen erwähnt, die seltener erbracht werden und besonders aufwendig sind (z.B. besonders komplizierte Massnahmen oder der Einsatz kostspieliger Spitzentechnologie). Die Kosten für solche zusätzlichen Leistungen werden dann nur bei denjenigen Versicherten angerechnet, bei denen sie tatsächlich anfallen. Sie unterstehen indessen denselben Finanzierungsregeln (vgl. Art. 49 Abs. 2 nachfolgend).

Artikel 49 Absatz 2

Die unter Artikel 49 Absatz 1 erwähnte Regelung führt heute dazu, dass sowohl Spitäler wie Versicherer wenig Spielraum haben, sich über Preise für die Spitalbehandlung zu einigen, indem die für die Tarifierung anrechenbaren Kosten umschrieben sind und lediglich in bezug auf die genaue Definition und der Überkapazitäten sowie die Höhe des Kostendeckungsgrades ein Verhandlungsspielraum besteht. Dadurch wird eine Garantie der Kostendeckung ungeachtet des Preis-Leistungsverhältnisses statuiert. Dies widerspricht dem Wettbewerbsgedanken des Gesetzes.

Wir schlagen daher vor, nicht mehr von anrechenbaren Kosten, sondern von einer Vergütung zu sprechen. Diese soll in der Regel je zur Hälfte von den Versicherern und vom Wohnkanton der versicherten Person übernommen werden. Aus sozialpolitischen Erwägungen soll es den Kantonen jedoch freigestellt werden, einen höheren als hälftigen Anteil an der Vergütung zu übernehmen. Einbezogen in die Finanzierung sollen zukünftig auch die Investitionskosten werden – dies vor allem deshalb, weil die strikte Trennung von Betriebs- und Investitionskosten im Rahmen der Spitalfinanzierung ein Bild vermittelt, welches der betrieblichen Praxis nicht entspricht. Im Rahmen der Vergütung sollen jedoch keine Kostenanteile für Lehre und Forschung abgegolten werden. Einerseits werden die Kantone mit dieser Regelung finanziell entlastet (s. Anhang). Als Ausgleich wird andererseits die Finanzierungspflicht der Kantone festgeschrieben. Gleichzeitig wird die neue Finanzierungsregel auf private Trägerschaften ausgedehnt, welche zur Versorgung beitragen und damit auf die kantonalen Listen aufgenommen werden können. Die Rechtfertigung für letzteres besteht in der Gleichbehandlung der Spitäler und der Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen. Mit diesem Vorgehen wird die gesamte Bedarfskapazität demselben Finanzierungsregime unterstellt.

Die in der Variante von Absatz 2 festgehaltene Regelungsmöglichkeit sieht von einer festen Aufteilung der von den Krankenversicherern resp. den Wohnkantonen zu tragenden Anteils an der Vergütung der Leistungserbringer gänzlich ab und legt lediglich fest, dass die Versicherer höchstens die Hälfte zu übernehmen haben.

Durch die vorgeschlagene Streichung des Begriffes "allgemeine Abteilung" entfällt ferner eine Differenzierung nach dem Aufenthaltsort der Versicherten. Im Nachgang der erwähnten EVG-Urteile wird somit dieses System auch für die innerkantonale Hospitalisation festgesetzt. Zukünftig soll sowohl die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer wie diejenige der öffentlichen Hand davon abhängen, ob der Leistungserbringer für die Behandlung geeignet und zugelassen ist.

Artikel 49 Absatz 4

Auch an dieser Stelle schlagen wir vor, den Begriff „allgemeine Abteilung“ zu streichen. Zudem ist festzuhalten, dass wegen des in sich geschlossenen Versicherungssystems die Leistungen der Spitäler nach diesem Gesetz mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 und 1bis vollständig abgegolten sind. Weitergehende Rechnungen wie zusätzliche Honorare für die ärztlichen Leistungen bei einem Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals sind daher ausgeschlossen, soweit es sich um gesetzliche Leistungen handelt. Damit wird dem Prinzip des Tarifschutzes (Art. 44) im stationären Bereich Nachachtung verschafft. Selbstverständlich bleiben hier, wie auch beim Aufenthalt, zusätzliche, nicht dem KVG unterstellte Leistungen nach den Regeln des Privatversicherungsrechts versicherbar.

Artikel 49 Absatz 5

Angesichts des Vorschlages, die teilstationäre Behandlung dem stationären Bereich zuzuordnen, wird hier der Begriff "teilstationär" gestrichen.

Artikel 49 Absatz 6

Im Sinne der Förderung des Wettbewerbsgedankens sollen die Spitäler vermehrt marktgerecht arbeiten. Wir schlagen deshalb eine Bestimmung vor, welche festhält, dass die Spitäler über die notwendigen finanziellen Führungsinstrumente verfügen müssen. Im geltenden Artikel 49 Absatz 6 KVG sind Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik als Instrumente zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen erwähnt. Die Bedeutung des Absatzes ist jedoch je nach Sprache unterschiedlich. Während in der deutschen Fassung von "Kostenstellenrechnung" gesprochen wird, wird in der französischen Fassung der Begriff "comptabilité analytique", in der italienischen "contabilità analitica" verwendet. Geht man von der Definition des in der französischen und italienischen Fassung verwendeten Begriffes aus, so ist damit die Betriebsabrechnung gemeint, welche die Kostenrechnung (Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung) sowie die Ermittlung des Betriebserfolges an sich umfasst. Die Ziele des Gesetzes können mit einer Kostenstellenrechnung allein unbestrittenermassen nicht erreicht werden. Mit Blick auf die französische und italienische Fassung sowie die sinnvolle Umsetzung der Ziele des Gesetzes ist es angezeigt, in der deutschen Fassung des Gesetzes den Begriff „Kostenstellenrechnung“ durch „Kostenrechnung“ zu ersetzen.

Übergangsbestimmungen

Die in Artikel 49 Absatz 1 vorgeschlagenen Tarifstrukturen können von den Tarifpartnern nicht schon mit Inkrafttreten der Gesetzesänderung erstellt werden. Wir schlagen deshalb vor, dem Bundesrat die Kompetenz zu erteilen, eine Einführungsfrist vorzusehen. Da die Grundlagen zur Kalkulation der Pauschalierungssysteme in verschiedenen Bereichen unterschiedlich entwickelt sind, soll die Einführung zudem gestaffelt erfolgen können. Ferner sind die bis anhin nicht in die Tarife einbezogenen Investitionen nach einheitlichen Methoden in die Tarifierrechnung einzubeziehen, damit ein Mindestmass an Transparenz und Einheitlichkeit erreicht werden kann. Die Festsetzung dieser Methode soll dem Bundesrat überlassen werden.

Es ist davon auszugehen, dass die Kantone zur Zeit für mehr als die Hälfte der anrechenbaren Betriebskosten aufkommen. Zusammen mit dem Einbezug der Investitionskosten in die Vergütung der Leistungen führt dies zu einer Mehrbelastung der Krankenversicherung. Andererseits führt die Ausdehnung der Finanzierungsregelung auf den teilstationären Bereich und die Ausweitung der Beitragspflicht an die Behandlung von halbprivat- und privatversicherten Patienten resp. Patientinnen zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kantone. Die strikte Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung führt zu einer finanziellen Lastenverschiebung.

Zur Verhinderung abrupter Wirkungen werden die Finanzierungsanteile stufenweise angepasst, bis der in Artikel 49 Absatz 2 festgehaltene in der Regel je hälftige Anteil an der Vergütung der Leistungen erreicht ist. In den ersten ca. fünf Jahren nach Einführung der neuen Regelung wird der Anteil der Krankenversicherung an der Vergütung so lange um je einen Prozentpunkt angehoben, bis er die festgelegten 50 Prozent beträgt. Im Fall der Variante zu Artikel 49 Absatz 2 fällt diese Überlegung dahin, da die Tarifpartner prospektiv vereinbaren, welcher prozentual definierte Anteil an den Vergütungen von ihnen getragen wird.

4 Finanzielle und personelle Auswirkungen

41 Finanzielle Auswirkungen für Krankenversicherung und Kantone

Eine gewisse Entlastung der Krankenversicherung ergibt sich aus der Festschreibung der Finanzierungspflicht der Kantone für alle Spitalbehandlungen sowie aus der Beteiligung der Kantone an den Kosten des teilstationären Bereichs; eine finanzielle Mehrbelastung der Krankenversicherung resultiert aus der hälftigen Übernahme der Investitionskosten. Einzubeziehen ist die Tatsache, dass der Anteil der von der Krankenversicherung gedeckten anrechenbaren Betriebskosten in der Mehrzahl der Kantone heute weniger als 50 Prozent beträgt. Zudem ist anzunehmen, dass die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung noch nicht vollständig vollzogen ist und dass die Zusatzversicherung noch Kosten deckt, welche nach neuem Recht von der Grundversicherung zu tragen sind.

Statistische Datengrundlagen zur exakten Berechnung der durch die vorgeschlagene Gesetzesänderung bewirkten finanziellen Lastenverschiebungen fehlen und werden in absehbarer Zukunft nicht erhoben. Damit trotzdem gewisse Anhaltspunkte zu den zu erwartenden Wirkungen vorliegen, wurden von verschiedenen Seiten Schätzungen erstellt. Diese gehen einerseits von unter-

schiedlichen Annahmen über das Volumen der Investitionen und über die Bedeutung des teilstationären Sektors sowie über den durch die Krankenversicherung resp. die Kantone gedeckten Grad der Betriebskosten der Spitäler aus. Andererseits beruhen sie auf verschiedenen methodischen Ansätzen. Die Ergebnisse der Schätzungen bzw. Hochrechnungen unterscheiden sich graduell, was vor allem auf die Unschärfe der Daten, auf denen die Schätzungen beruhen, zurückzuführen ist. Die verschiedenen Schätzungen sind als Aussagen über die Grössenordnung der zu erwartenden finanziellen Verschiebungen zu betrachten.

Aufgrund des in den Unterlagen enthaltenen Zahlenmaterials ist zu erwarten,

- dass die je hälftige Finanzierung der Investitionskosten durch die Kantone und die Krankenversicherung eine Mehrbelastung der Krankenversicherung von etwa 350 bis 450 Millionen Franken bewirken dürfte, was einer entsprechenden Entlastung der Kantone entspricht¹⁴;
- dass die Kantone wegen der hälftigen Vergütung der teilstationären Behandlungen zusätzlich mit ca. 230 Millionen Franken belastet werden dürften;
- dass die Subventionierung der inner- und ausserkantonalen Zusatzversicherten für die Kantone Mehrkosten von mindestens 760 Millionen bis nahezu 1 Milliarde Franken bewirken dürfte. Da angenommen werden muss, dass die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung nicht vollständig vollzogen ist, bedeutet die genannte Mehrbelastung der Kantone eine weit geringere Minderbelastung der Grundversicherung;
- dass gesamthaft in einer statischen Betrachtung von einer Mehrbelastung der Krankenversicherung von etwas über 200 Millionen Franken auszugehen ist und dass für die Kantone eine Mehrbelastung von rund 700 Millionen Franken resultieren könnte. Entlastet wird die Zusatzversicherung.

Die Kantone kommen zur Zeit für mehr als die Hälfte der anrechenbaren Betriebskosten auf. Aus sozialpolitischen Gründen können sie auch künftig einen höheren als hälftigen Anteil an der Vergütung übernehmen. Der durchschnittliche Kostendeckungsgrad durch die Krankenversicherung beträgt heute ca. 46 Prozent. Unterstellt man diesen Kostendeckungsgrad, ergäbe sich daraus in einer rein statischen Betrachtungsweise eine Entlastung der Kantone um rund 400 Millionen Franken. In der Realität wird sich jedoch wegen der stufenweise erfolgenden Anpassung und der Möglichkeit der Kantone, mehr als die Hälfte der Vergütung zu übernehmen, keine Mehrbelastung der Krankenversicherung im genannten Ausmass ergeben. Zudem ist in Betracht zu ziehen, dass die in der Teilrevision vorgeschlagenen Regelungen die Anreize zur Kosteneindämmung stärken werden; auch ist zu erwarten, dass sich die aufgrund der Spitalplanung eingeleiteten Redimensionierungseffekte zunehmend auswirken werden. Die Mehrbelastung der Krankenversicherung aus dem grundsätzlich hälftigen Anteil an der Vergütung der Leistungen wird sich somit nur graduell und nicht im oben genannten Ausmass realisieren. In bezug auf die oben erwähnte Mehrbelastung

¹⁴ Das Bundesamt für Statistik geht in der Publikation "Kosten des Gesundheitswesens 1996" von öffentlichen Investitionen von 750 Millionen Franken in Spitälern und psychiatrischen Kliniken aus; auf der Grundlage von Schätzungen des Groupement romand de services en santé publique ergibt die Hochrechnung auf die ganze Schweiz Investitionen von knapp 1 Milliarde Franken.

der Kantone ist davon auszugehen, dass ein Gerichtsentscheid betreffend die innerkantonalen Zusatzversicherten die entsprechende Belastung ebenfalls auslösen würde. Im Falle von fehlenden Korrekturmassnahmen würde ein solcher Entscheid drastischere Effekte auslösen, als es durch die Teilrevision erfolgt. Diese enthält neben der kosteneindämmenden Gestaltung der Anreize immerhin auch Massnahmen, welche die Kantone entlasten.

42 Personelle Auswirkungen für den Bund

Da dem Bund keine neuartigen Aufgaben übertragen werden, dürfte der personelle Mehraufwand im Rahmen der bereits mit der Vorlage vom 9. März 1998 beantragten Kapazitäten aufgefangen werden können.

5 Legislaturplanung

Die Vorlage über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung ist in der Legislaturplanung 1995 - 1999 nicht angekündigt.

6 Verhältnis zum Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen

Mit dem neuen Finanzausgleich sollen Aufgaben, Kompetenzen und Finanzströme zwischen Bund und Kantonen entflochten und die Verantwortlichkeiten der beiden Staatsebenen geklärt werden. Im Rahmen der Arbeiten zu einer Neuordnung des Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen wird auch im Bereich der Sozialversicherung eine Aufgabenentflechtung geprüft. Die Spitalfinanzierung ist nicht direkt betroffen. Geprüft wird die rechtliche Verankerung einer gesamtschweizerischen Planung und Aufgabenteilung im Bereich der Spitzenmedizin, was allenfalls Auswirkungen auf die Finanzierung der spitzenmedizinischen Leistungen haben kann. Im Schlussbericht der Projektgruppe 4 (Sozialversicherungen und Sozialpolitik) wird im wesentlichen die Schaffung einer rechtsetzenden, interkantonalen Vereinbarung vorgeschlagen. Die Vergütung der Leistungen soll durch Fallpauschalen erfolgen, was dem im Rahmen der Teilrevision enthaltenen Vorschlag entspricht.

Indirekt besteht jedoch ein Zusammenhang deswegen, weil sowohl der neue Finanzausgleich als auch die Teilrevision der Krankenversicherung die Verschiebung von finanziellen Lasten zwischen dem Bund und den Kantonen auslösen.

7 Rechtliche Grundlage

71 Verfassungsmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 34^{bis} Bundesverfassung.

72 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Regelungskompetenzen (Erlass der Vollzugsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, in folgenden Bereichen Bestimmungen zu erlassen:

Wahl und Kostenübernahme (Art. 41 Abs. 3)

Tarifverträge mit Spitälern (Art. 49 Abs. 1 und 6)

Übergangsbestimmungen

Anhang

Hochrechnung der finanziellen Auswirkungen des Vorschlags zur Spitalfinanzierung aufgrund von Daten aus acht Kantonen

	Auswirkungen für die Grundversicherung	Auswirkungen für die Kantone
Mehrkosten pro Versicherten	+ 92 Franken	+ 111 Franken
- ohne Kostenbeteiligung der Kantone am teilstationären Sektor	+ 124 Franken	+ 79 Franken
Mehrkosten für 7.1 Mio. Versicherte (ständige Wohnbevölkerung Ende 1997)	+ 653.2 Mio. Franken	+ 788.1 Mio. Franken
- ohne Kostenbeteiligung der Kantone am teilstationären Sektor	+ 880.4 Mio. Franken	+ 560.9 Mio. Franken

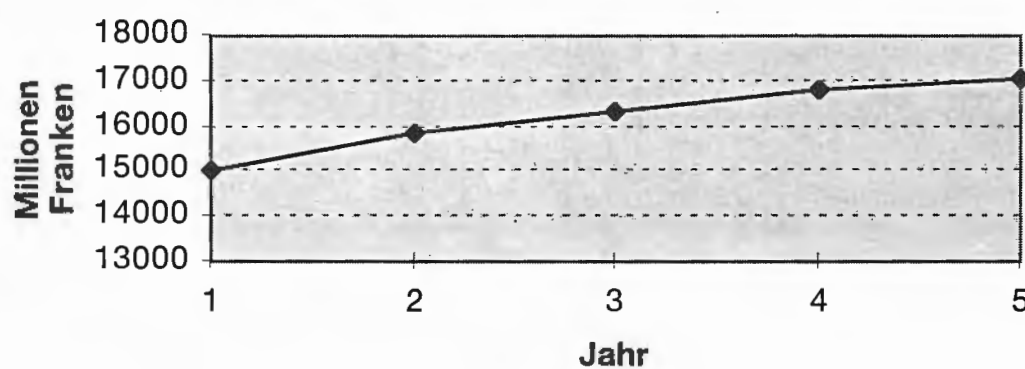
Hochrechnung auf der Grundlage einer Schätzung des Groupement romand des systèmes de la santé publique für acht Kantone vom Oktober 1998 (Zahlen des Jahrs 1996). Die Abweichungen zu den unter Ziff. 41 genannten Zahlen sind einerseits auf die unterschiedlichen den Schätzungen zugrundeliegenden Hypothesen und Datenquellen zurückzuführen. Andererseits implizieren die in der Tabelle oben aufgeführten Zahlen die Annahme, alle Effekte der Revision träten im selben Zeitpunkt ein.

Kosten und Finanzierung der Spitäler (Grundversicherung)

Jahr	Haus- halte	Sozialversicherungen					Staat				Ausland	Total
		Kran- ken- kassen	Unfall- vers. UVG	AHV- IV	Militär- vers.	Total	Bund	Kantone	Ge- mein- den	Total		
	Mio.Fr.											
1991	1'188	5'271	420	156	30	5'876	1	3'888	387	4'276	693	12'033
1992	947	5'894	490	175	28	6'587	1	3'911	446	4'357	715	12'606
1993	576	6'835	510	210	29	7'583	0	3'768	357	4'126	565	12'850
1994	902	6'825	483	220	23	7'551	0	3'812	301	4'113	611	13'177
1995	666	7'319	485	232	22	8'058	0	3'690	290	3'980	658	13'361
1996	169	8'142	485	237	20	8'884	0	3'884	356	4'240	635	13'928
	in %											
1991	9.9	43.8	3.5	1.3	0.2	48.8	0.0	32.3	3.2	35.5	5.8	100.0
1992	7.5	46.8	3.9	1.4	0.2	52.2	0.0	31.0	3.5	34.6	5.7	100.0
1993	4.5	53.2	4.0	1.6	0.2	59.0	0.0	29.3	2.8	32.1	4.4	100.0
1994	6.8	51.8	3.7	1.7	0.2	57.3	0.0	28.9	2.3	31.2	4.6	100.0
1995	5.0	54.8	3.6	1.7	0.2	60.3	0.0	27.6	2.2	29.8	4.9	100.0
1996	1.2	58.5	3.5	1.7	0.1	63.8	0.0	27.9	2.6	30.4	4.6	100.0

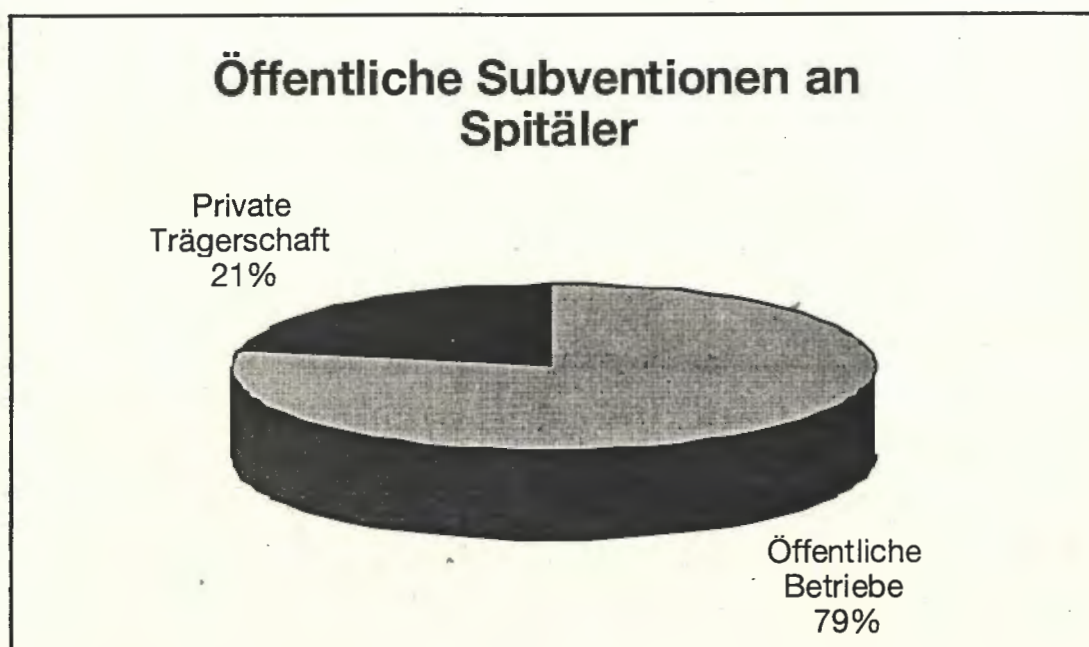
Quelle: BFS 1998: Der Einfluss des neuen KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens

Kosten der Betriebe zur stationären Versorgung (ohne Institutionen für Behinderte)



Quelle: Kosten des Gesundheitswesens 1995, BFS, 1997

Jahr	Millionen Franken
1991	15000,1
1992	15884,4
1993	16307,0
1994	16788,8
1995	17026,0



Quelle: Auskunft H+ über das Konto 69, 1998.

Subventionen

Subventionen an öffentliche Betriebe

911'744'162,66 Franken

Private Betriebe mit Subventionen seitens der öffentlichen Hand

242'182'182,35 Franken

Gesamttotal

1'153'926'345,01 Franken

Defizitdeckung

Defizitdeckung bei öffentlichen Betrieben

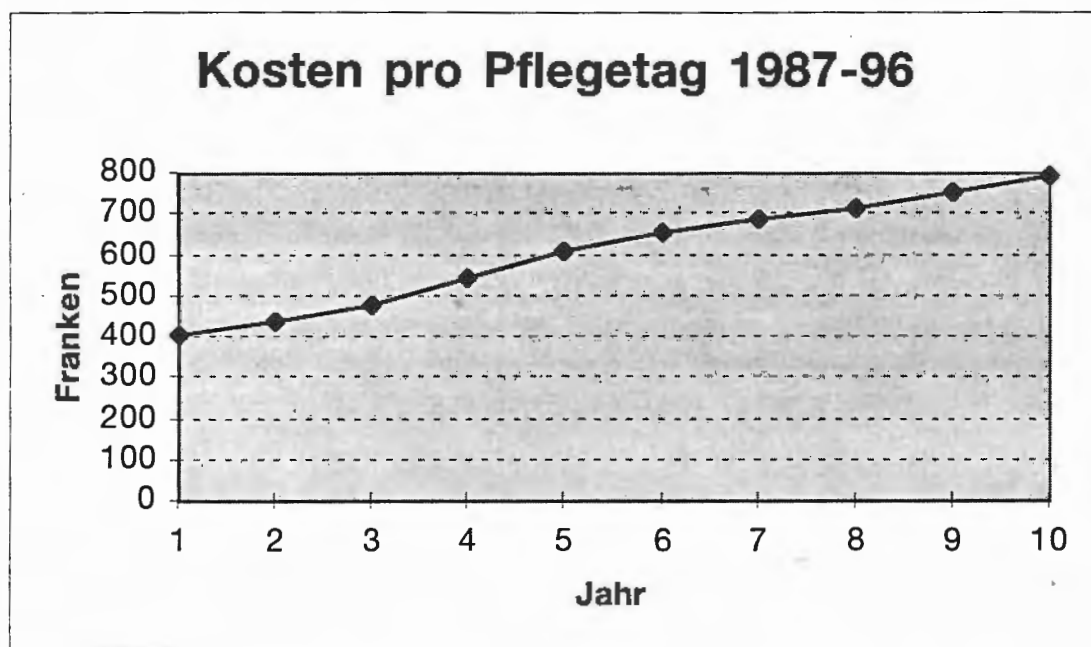
2'027'546'614,84 Franken

Defizitdeckung bei privaten Betrieben seitens der öffentlichen Hand

314'576'747,00 Franken

Gesamttotal

2'341'123'361,80 Franken

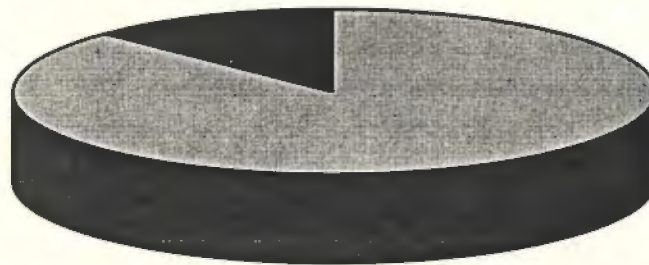


Quelle: Administrative Statistik 1996, H+ 1997, S. 46.

Jahr	Franken
1987	407.--
1988	438.--
1989	477.--
1990	541.--
1991	608.--
1992	653.--
1993	689.--
1994	716.--
1995	751.--
1996	791.--

Pflegetage öffentliche Spitäler/Privatkliniken

Privatkliniken
12%

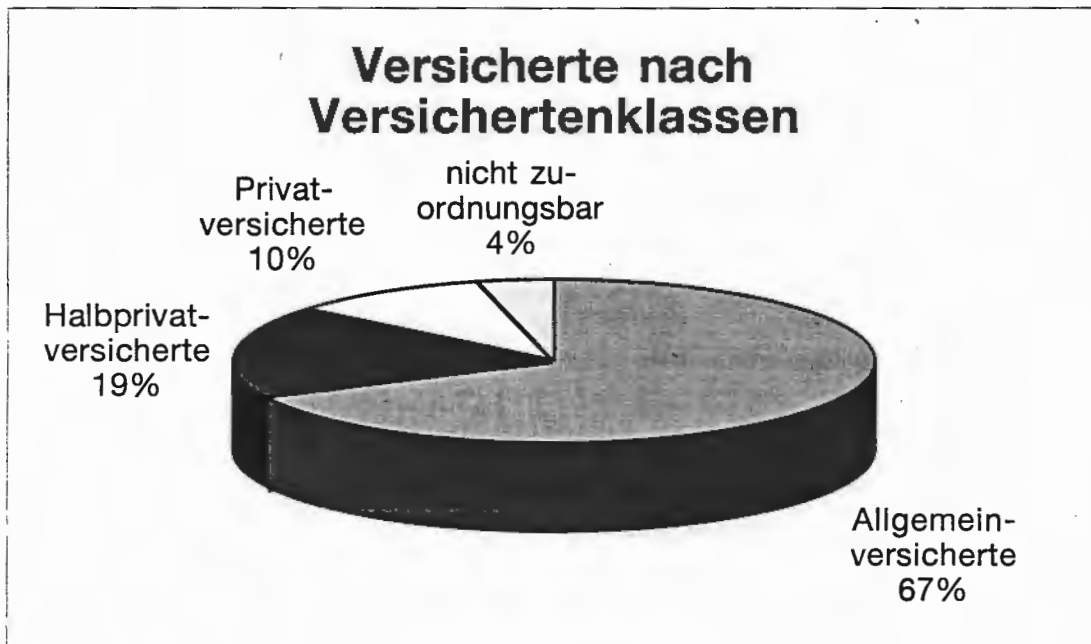


88%
öffentlich
bzw. öffent-
lich subv.

Quelle: Daten 1997, Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken (SVPK)/H+, 1998, S. 11.

Pflegetage in:

- | | |
|---|------------|
| - Privatkliniken | 2'834'762 |
| - öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitälern | 19'566'560 |



Quelle: Statistik über die Krankenversicherung 1996, BSV 1997, S. 37.

Versicherte nach Versicherungsklassen absolut:

Allgemein	4'849'559
Halbprivat	1'351'344
Privat	723'894
nicht zuzuordnen	269'957
Gesamttotal	7'194'754

**Loi fédérale
sur l'assurance-maladie
(LAMal)**

Modification du ...

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le message du Conseil fédéral du ¹,

arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit:

Art. 23 Statistiques

¹Le Conseil fédéral règle l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques que requiert l'application de la présente loi, ainsi que l'accès aux données récoltées et leur utilisation. Ce faisant, il veille au respect de la protection de la personnalité.

²Les assureurs, les fournisseurs de prestations ainsi que les autorités fédérales et cantonales participent à l'établissement des statistiques. Le Conseil fédéral peut étendre cette obligation à d'autres personnes ou organisations, après les avoir consultées.

¹FF 1999 ...

²RS 832.10

³Les cantons peuvent utiliser les données statistiques récoltées pour la planification hospitalière d'après l'art. 39, al. 1, let. d, et pour la planification des institutions de soins semi-hospitaliers d'après l'art. 39, al. 4, let. a. La Confédération et les cantons peuvent utiliser ces données dans d'autres buts, dans la mesure où cela est nécessaire pour atteindre les objectifs fixés dans la présente loi.

Art. 25, al. 2, let. e et f

²Ces prestations comprennent:

- e. le séjour dans un hôpital;
- f. le séjour dans une institution de soins semi-hospitaliers;

Art. 35, al. 2, let. i

²Ces fournisseurs de prestations sont:

- i. les institutions de soins semi-hospitaliers;

Art. 39, al. 1, let. d et e, et 2, 3, 4 (nouveau)

¹Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux.

²La planification des soins hospitaliers au sens de l'al. 1, let. d, porte sur la couverture des besoins de toutes les personnes tenues de s'assurer (art. 3) et prend en considération les flux de patients entre les cantons. Elle doit inclure de manière adéquate les organismes privés.

³La liste au sens de l'al. 1, let. e, comprend l'ensemble des hôpitaux du canton qui sont nécessaires à la couverture des besoins et qui disposent d'un mandat de prestations; elle peut également comprendre des hôpitaux situés dans d'autres cantons, et faisant l'objet d'un accord entre le canton et un ou plusieurs autres cantons, ou entre le canton et l'hôpital concerné.

⁴ Les conditions fixées à l'al. 1 et les exigences concernant la planification selon l'al. 2 et l'établissement de la liste selon l'al. 3 s'appliquent par analogie:

- a. aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers (institutions de soins semi-hospitaliers);
- b. aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Art. 41, al. 1 à 3

¹L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans les hôpitaux ou les institutions de soins semi-hospitaliers figurant sur la liste du canton où réside l'assuré.

²Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers figurant sur la liste du canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier.

³Si l'assuré subit un traitement hospitalier ou semi-hospitalier pour des raisons médicales dans un hôpital ou une institution de soins semi-hospitaliers situé hors du canton où il réside, celui-ci rembourse la part due d'après l'art. 49. Dans ce cas, l'art. 79 est applicable par analogie et confère un droit de recours au canton de résidence. Le Conseil fédéral règle les détails.

Art. 49 titre médian, al. 1, 1bis (nouveau), 2 à 6

Conventions tarifaires avec les hôpitaux et les institutions de soins semi-hospitaliers

¹Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, al. 1), ainsi que le traitement semi-hospitalier, y compris le séjour dans une institution de soins semi-hospitaliers (art. 39, al. 4, let. a), les parties à une convention conviennent de forfaits. Ces derniers se rapportent aux prestations et se fondent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les structures uniformes peuvent être réparties par catégories: elles font l'objet d'une convention entre les partenaires tarifaires. Si toutefois ces derniers ne peuvent pas s'entendre, elles sont fixées par le Conseil fédéral.

^{1bis}Les parties à une convention peuvent prévoir que des prestations particulières ne sont pas comprises dans le forfait, mais facturées séparément.

²La rémunération visée aux al. 1 et 1bis est prise en charge pour moitié par l'assureur et pour moitié par le canton où réside l'assuré. Les cantons peuvent décider de prendre en charge une part plus importante. La part des frais de formation et de recherche n'est pas comprise dans la rémunération.

Variante :

²L'assureur et le canton où réside l'assuré prennent en charge la rémunération visée aux al. 1 et 1bis selon une clef de répartition dont ils conviennent de manière prospective. L'assureur prend en charge au maximum la moitié de la rémunération.

³En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital en vertu des al. 1 et 1bis, et 2, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une

réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'article 50 est applicable.

⁴La rémunération au sens des al. 1 à 3 épuise toutes les prétentions de l'hôpital ou de l'institution de soins semi-hospitaliers pour les prestations prévues par la présente loi.

⁵Les partenaires tarifaires conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire.

⁶Les hôpitaux calculent leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classent leurs prestations selon une méthode uniforme; ils doivent disposer d'instruments financiers de gestion et tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution à cet effet.

Art. 51, al. 1

¹ Le canton peut, en tant qu'instrument de gestion des finances, fixer un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'art. 49, al. 2, est réservée.

II

Dispositions transitoires

¹Le Conseil fédéral fixe la date à laquelle les forfaits visés à l'art. 49, al. 1, doivent se fonder sur des structures uniformes. L'introduction peut se faire par étapes. Le Conseil fédéral détermine également la manière dont sont inclus, dans le calcul du tarif, les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification.

² Dès l'entrée en vigueur de la présente modification, la part des assureurs à la rémunération visée à l'art. 49, al. 2, doit être augmentée d'un point pour-cent au début de chaque année civile de sorte que, la cinquième année civile, la moitié de la rémunération soit atteinte.

III

¹La présente loi est sujette au référendum facultatif.

²Elle entre en vigueur le 1er janvier 2001.

**Révision partielle
de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-
maladie**

Financement des hôpitaux

Rapport explicatif

Introduction

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMa)¹ contient entre autres deux principes. Elle s'en tient d'une part au financement de l'assurance-maladie par des primes individuelles, à la participation des patients aux coûts et aux subsides des pouvoirs publics; pour rendre le système plus social, des réductions de primes sont accordées aux assurés de condition économique modeste et un financement partiel des soins hospitaliers par les pouvoirs publics est prévu. La loi établit d'autre part une stricte séparation entre l'assurance obligatoire, qui constitue une assurance-maladie à caractère social, et les assurances complémentaires, qui sont soumises aux règles du droit des assurances privées. La loi met donc en place un système d'assurance fondamentalement autonome. Le projet de révision vise à renforcer ce système et à lever certaines ambiguïtés qui perturbent son fonctionnement. La révision doit permettre d'appliquer strictement les principes inscrits dans la loi. Mais il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause le système. C'est la raison pour laquelle certaines alternatives n'ont pas été prises en considération, comme par exemple la proposition de transformer les hôpitaux subventionnés en entreprises indépendantes ou même de les privatiser en attribuant les subventions cantonales directement aux assurés qui satisfont à certains critères, qui disposent par exemple de moyens financiers limités ou qui nécessitent des soins dont les coûts sont élevés. Afin que la responsabilité des partenaires financiers soit clairement maintenue, nous proposons une définition précise de la répartition du financement entre les assureurs et les cantons. La planification des cantons doit en outre tenir compte de toutes les personnes soumises à cette loi, qu'elles aient contracté ou non une assurance complémentaire.

1 Partie générale

11 Historique

Dans le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991² relatif au projet de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMa), le financement de l'assurance-maladie par des primes individuelles, la participation aux coûts de la part des patients et les subsides des pouvoirs publics ont été maintenus. Pour les soins hospitaliers, on est parti implicitement du principe que l'assurance-maladie n'avait à prendre en charge qu'une partie des coûts, étant donné que les cantons, qui ont des obligations en matière de soins hospitaliers, en prennent eux-aussi en charge une partie. A côté d'autres dispositions comme la planification hospitalière, une partie d'un ensemble de mesures qui avait déjà fait l'objet d'une procédure de révision partielle (mesures immédiates) le 20 mars 1987³, mais qui avait été rejetée lors de la votation populaire du 6 décembre 1987, a aussi été introduite. Ces éléments ont ensuite été repris dans le contre-projet à l'initiative des caisses-maladie⁴ (cf. rapport de la Commission du Conseil

¹RS 832.10

²FF 1992 I 77

³81.044 Loi fédérale sur l'assurance-maladie, modification du 20 mars 1987 ; FF 1987 I 971 ss, 979-980, 982-983

⁴88.014 Initiative populaire pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)

des États sur un contre-projet au niveau législatif⁵), car leur nécessité n'avait jamais été sérieusement contestée. Ces mesures n'ont par ailleurs jamais été fondamentalement remises en question dans le cadre de la révision de l'assurance-maladie entrée en vigueur en 1996. Ainsi la répartition du financement des hôpitaux existant dans la pratique a-t-elle été reprise dans la législation formelle.

12 Objectifs politiques

En vertu de la répartition des compétences prévue dans la constitution fédérale (cst.), le système de santé constitue une tâche officielle des cantons (art. 3 cst.⁶). Pour sa part, la Confédération assume finalement la responsabilité que la population puisse s'assurer à des conditions supportables contre les risques de maladie et d'accidents (art. 34bis cst.) et que, par conséquent, l'assurance-maladie et l'assurance-accidents demeurent des assurances à caractère social (voir, sur l'ensemble de cette problématique, JAAC 48 (1984) 492 ss).

Il résulte des considérations qui précèdent que, dans le domaine de la santé publique, les réglementations cantonales et fédérales ne sauraient exister indépendamment les unes des autres et doivent donc être harmonisées. Dans le cas de l'assurance-maladie, la compétence des cantons dans le domaine des soins hospitaliers a été mise en relief par le fait que 50 % au maximum des coûts imputables sont à la charge de l'assurance-maladie dans les hôpitaux publics ou bénéficiant de subventions des pouvoirs publics (art. 49, al. 1, LAMal). De plus, il appartient aux cantons de planifier la couverture des besoins en soins hospitaliers et d'établir une liste des hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie (art. 39, al. 1, LAMal).

La répartition des charges servant au financement des hôpitaux est socialement plus équitable lorsqu'une partie de ce financement repose sur l'impôt que lorsque la totalité du financement est assurée par les seules primes. Et ce n'est pas là l'unique caractéristique du système. En finançant une partie des charges d'exploitation liées aux investissements qu'ils ont effectués, les cantons ont aussi été indirectement contraints de supporter les conséquences de leurs investissements dans le secteur hospitalier. Ces mesures visent également à ce que l'obligation de planification et en particulier la coordination de la planification, du financement et du taux d'occupation des hôpitaux soient effectués de manière cohérente par les cantons, l'objectif étant d'optimiser l'utilisation des ressources. La maîtrise des coûts doit être obtenue d'une part en évitant de créer ou de maintenir des capacités inutiles, et d'autre part en mettant à disposition les capacités effectivement nécessaires de manière coordonnée et en fonction des besoins, et en les utilisant en commun. C'est pourquoi un rôle directeur est reconnu à l'Etat dans le domaine des traitements hospitaliers. De plus, des mesures relevant du droit des cartels devaient favoriser la concurrence dans le domaine tarifaire (art. 46, al. 3, LAMal). Cette combinaison de mesures, interventionnistes d'une part et encourageant la concurrence d'autre part, devait exercer une influence sur le secteur le plus onéreux de la santé. Cet objectif,

⁵Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 17 octobre 1988 ; FF 1988 III 1262 ss, 1269-1272

⁶RS 101

dans ses grandes lignes, n'a pas fait l'objet de contestations, même au Parlement.

13 Phase d'introduction

Lors de la première phase de mise en œuvre de la nouvelle loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, divers problèmes d'application sont apparus. Des interprétations divergentes concernant la prise en charge des coûts en cas d'hospitalisation hors du canton de résidence et l'établissement de listes des hôpitaux fondées sur ces interprétations ont été à l'origine d'un grand nombre de recours adressés au Conseil fédéral (art. 53 LAMal). Ces recours ont contesté pour la plupart les listes d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux que les cantons ont édictées en se fondant sur la compétence qui leur est attribuée à l'article 39 LAMal. Un nombre moins important de recours ont porté sur les tarifs des hôpitaux, des établissements médico-sociaux, des services d'aide et de soins à domicile (Spitex) et d'autres fournisseurs de prestations ambulatoires (médecins, sages-femmes).

Dans le domaine des tarifs hospitaliers, des divergences sont apparues surtout à propos du niveau de couverture des coûts dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. En continuant à demander aux cantons de financer partiellement les coûts du domaine hospitalier, la LAMal a repris implicitement la garantie de déficit de la LAMA, une disposition étrangère à vrai dire au système mis en place par la nouvelle loi. On a pu constater que le degré de couverture des coûts par l'assurance-maladie, dans la majorité des hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics, se situait entre 40 % et 50 %, dans quelques rares cas même au-dessus de 50 %. Il restait donc très peu de marge de manœuvre pour augmenter les tarifs en se fondant sur le degré de couverture des coûts. Le manque de transparence des coûts, qui a été constaté dans diverses procédures de recours, a empêché de déterminer avec précision quels étaient les coûts imputables. C'est pourquoi le Conseil fédéral s'est montré réticent en matière d'augmentation de tarifs.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, il existait une divergence d'interprétation entre les cantons et les assureurs-maladie concernant les contributions aux hospitalisations hors du canton de résidence sur indication médicale (art. 41, al. 3, LAMal). La controverse portait sur ce point: le canton devait-il verser sa contribution pour un traitement hors du canton de résidence indépendamment du type de division dans laquelle le traitement avait lieu.

Dans deux arrêts de principe⁷, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a conclu, au mois de décembre 1997, que l'obligation de contribution du canton en cas de séjour hospitalier hors du canton de résidence existait indépendamment du type de division, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Il a en effet considéré qu'en cas de séjour dans une division privée ou semi-privée, les coûts correspondant au tarif de la division commune de l'hôpital concerné étaient rémunérés comme si l'assuré avait séjourné en division commune. Si l'hôpital ne dispose pas d'une division commune, un tarif de référence sert de barème. Comme la prise en charge des coûts par l'assurance-maladie obligatoire ne dépend pas du séjour effectif de la personne assurée en division commune ou non, il n'y a pas de raison pour que le canton refuse sa

⁷ATF 123 V 290 ss, 310 ss

contribution lorsque les circonstances sont identiques. Le TFA s'est fondé sur le fait que les travaux préparatoires ne contenaient pas d'autres indications et que la notion de "division commune" n'était pas évoquée dans l'article 41, alinéa 3, LAMal. Mais il a surtout tenu compte de l'objectif poursuivi par cette disposition: la répartition des charges entre les cantons et le renforcement de la coordination intercantonale. Une compensation doit intervenir entre les (petits) cantons qui, pour des raisons de politique sanitaire, n'offrent pas certaines prestations hospitalières, et les cantons qui disposent d'infrastructures hospitalières développées, cofinancées par les impôts des résidents du canton. Le TFA a également arrêté que cette disposition ne saurait s'appliquer aux hôpitaux non-subventionnés. D'une part en effet, selon les dispositions expresses de la loi, le canton de résidence n'a une obligation de compensation qu'en cas de séjour dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics. D'autre part, pour les hôpitaux non-subventionnés, le tarif qui s'applique aux patients extérieurs au canton est en règle générale le même que celui qui s'applique aux résidents. Ainsi les coûts imputés devraient correspondre au tarif de l'hôpital concerné et la question de l'obligation de compensation ne se pose pas du tout. Le TFA ne s'est pas prononcé sur ce point: les cantons doivent-ils aussi participer aux coûts des traitements reçus à l'intérieur du canton par des personnes au bénéfice d'une assurance privée et semi-privée ? Sur la base de la systématique de la LAMal, on peut partir de l'idée qu'une décision d'un tribunal y relative pourrait être prise en faveur d'une obligation de subventionner les traitements intracantonaux des personnes au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée.

Les cantons et les assureurs-maladie ont conclu un accord sur le financement des traitements hospitaliers extracantonaux dispensés à des patients bénéficiant d'une assurance privée ou semi-privée. L'accord est valable jusqu'au 31 décembre de l'an 2000 et peut être prolongé d'une année. Comme alternative à un autre règlement ponctuel, il s'agira de proposer, dans le cadre de cette révision partielle, un règlement définitif qui apporte aussi une réponse à la question qui reste posée, concernant les assurés au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée traités dans leur canton de résidence.

14 Effets sur le plan de la politique sociale

Le caractère obligatoire de la nouvelle loi (art. 3 LAMal) et le catalogue des prestations obligatoires qui l'accompagne (art. 24 LAMal) garantissent à toutes les personnes domiciliées en Suisse l'accès à un large éventail de prestations médicales. En outre il n'est plus possible de limiter dans le temps les prestations en cas de traitement hospitalier. Tous les assurés se voient ainsi garantir un accès égal, sans réserves, aux mêmes prestations. Les prestations supplémentaires doivent être assurées, sur une base volontaire et avec des conséquences sur les primes, selon les règles du droit des assurances privées. Ce principe vaut à la fois pour les traitements ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers.

Les nouvelles dispositions ont notamment un effet sur le financement du secteur hospitalier. La part du financement par les ménages privés a diminué en 1996 et celle des assureurs-maladie a augmenté (voir le tableau "Coûts et financements des hôpitaux" en annexe). Une part importante de l'augmentation a été liée à la prise en charge illimitée dans la durée des coûts hospitaliers, qui constituait un

enjeu social important du projet de loi. La contribution des pouvoirs publics au financement des hôpitaux s'est située à peu près au même niveau que dans les années précédentes. Les pouvoirs publics ont eu tendance à se décharger sur l'assurance-maladie (financée par des primes par tête). Ce qui s'est passé dans le domaine des prestations complémentaires à l'AVS/AI et de l'aide sociale, qui sont des domaines entièrement ou partiellement financés par l'impôt progressif sur le revenu, l'a mis en évidence. Il y a lieu de noter également une baisse générale de la part des cantons au financement des hôpitaux depuis le début des années 90. Si ce retrait graduel du financement des hôpitaux de la part des cantons devait encore s'accroître, cela risquerait de provoquer des effets de redistribution inquiétants pour la politique sociale, en particulier lorsque certains cantons envisagent de transformer leurs hôpitaux en sociétés anonymes.

15 Problèmes généraux d'application

En ce qui concerne les fondements et les motifs favorables à une révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie dans le domaine du financement des hôpitaux, nous pouvons renvoyer au message du Conseil fédéral du 21 septembre 1998⁸, qui a pour thèmes la fixation des subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et une révision partielle de la LAMal. Nous soulignons cependant à nouveau que le but de la révision partielle proposée n'est pas de modifier en profondeur les mécanismes essentiels de la loi. Une telle mutation serait prématurée, puisque les nouveaux mécanismes n'ont pas encore pu développer tous leurs effets vu le peu de temps qui s'est écoulé depuis l'entrée en vigueur de la loi. Cette révision partielle veut plutôt introduire des modifications qui devraient permettre aux différents éléments du système de fonctionner sans grandes difficultés. C'est dans ce but que des imprécisions devraient être clarifiées et des améliorations du fonctionnement des mécanismes existants envisagées. Les incitations doivent en particulier viser plus spécifiquement le but de la maîtrise des coûts. Cela implique un abandon du principe de la couverture globale des coûts des hôpitaux contenu implicitement dans la loi. Ce principe doit être remplacé par celui du financement des prestations. Le thème du financement des hôpitaux et de la maîtrise des coûts a donné lieu à de nombreuses interventions parlementaires. Dans ses réponses, le Conseil fédéral a toujours maintenu qu'il fallait attendre que la LAMal produise ses effets avant d'envisager de modifier fondamentalement le système en supprimant par exemple toutes les subventions aux hôpitaux.

Le fait que les incitations économiques visent toujours plus précisément à maîtriser les coûts implique en outre que des critères de gestion d'entreprise toujours plus rigoureux soient appliqués dans les hôpitaux. Cela signifie d'un côté davantage de responsabilités pour les décideurs, et de l'autre davantage de risques. Conformément aux préceptes d'une saine gestion, les structures qui ne sont pas adaptées aux objectifs doivent être démantelées. On peut mentionner ici à titre d'exemple les modes de financement différents des investissements (financés par les cantons) d'un côté et des charges d'exploitation (financement dual) de l'autre : les investissements ne sont jamais indépendants du fonctionnement, ils ont toujours une incidence sur les charges d'exploitation (offre de prestations, amortissements). De plus l'apparition de nouvelles formes de financement, le leasing en particulier, a rendu plus floue la séparation entre

⁸FF 1999 (pas encore publié)

investissements et charges d'exploitation. Cela justifie l'adoption d'une vision globale et signifie que les mêmes règles de financement doivent s'appliquer aux charges d'exploitation et aux investissements. Il faut aussi encourager l'introduction d'outils de gestion permettant aux responsables des hôpitaux d'appliquer autant que possible les critères appliqués dans le monde des entreprises.

Le groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo 2), mandaté par le Conseil fédéral pour étudier dans quelle mesure il fallait augmenter ou réduire les prestations des assurances sociales, a également inclu, dans le domaine de l'assurance-maladie, l'examen du financement des hôpitaux. En ce qui concerne l'assurance-maladie en général, ce groupe de travail est parvenu à la conclusion que les mesures actuellement appliquées, ou compatibles avec le système actuel, pourraient entraîner un ralentissement de l'augmentation des coûts de la santé de l'ordre de 0,4 à 0,8 % de point de TVA. Il a par ailleurs été précisé à cette occasion que des mesures plus strictes porteraient atteinte au système actuel et qu'elles rendraient indispensable une révision en profondeur de celui-ci. En se référant à la planification hospitalière de plusieurs cantons et aux avis de différents acteurs de la santé publique, le rapport IDA FiSo 2 a estimé qu'une réduction de moitié des capacités excédentaires permettrait de réaliser des économies correspondant à 5 % du total des dépenses de l'assurance-maladie. Cela représenterait environ 930 millions de francs (pour un budget 1998 de 18,6 milliards de francs).

2 Grandes lignes du projet

L'entrée en vigueur de la LAMal n'a pas stoppé l'augmentation des coûts de l'assurance de base. On constate toutefois un ralentissement après l'année de transition 1996 :

Année	Evolution des coûts de l'assurance de base
1996	+ 10.2 %
1997	+ 5.5 %
1998	+ 4.9 %
1999	+ 3,7 %

Source :

- pour 1996, 1997 : Office fédéral des assurances sociales, Statistique de l'assurance-maladie, page 45
- pour 1998, 1999 : les projections moyennes des assureurs-maladie pour le calcul des primes de 1998 et 1999

Il faut souligner que les coûts du secteur hospitalier représentent environ 30 % des coûts de l'assurance-maladie (assurance de base). Les coûts des soins hospitaliers sont, de plus, largement supportés par les cantons. Ceux-ci ne subventionnent pas seulement la moitié au moins des frais d'exploitation des divisions communes des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, mais ils participent également à leurs investissements ainsi qu'aux frais de formation et de recherche. L'article 49 dans sa version actuelle reflète cette situation. Les journées d'hospitalisation sont beaucoup plus nombreuses dans

les hôpitaux publics et les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics que dans les hôpitaux non-subventionnés.

Annexe : tableaux et graphiques représentant l'évolution et le financement des coûts hospitaliers

Dans le domaine de l'assurance complémentaire toutefois, les hôpitaux ne reçoivent aucune subvention. C'est pourquoi les tarifs des séjours dans les divisions privées et semi-privées devraient couvrir les coûts. Il y a lieu d'indiquer ici que les tarifs tels qu'ils se présentent aujourd'hui se réfèrent au séjour dans telle ou telle division. Il en résulte en règle générale que, outre un forfait partiel de séjour et de soins, toutes les prestations sont facturées séparément et que, en particulier, des suppléments sont facturés pour les prestations médicales. Malgré l'introduction d'une obligation générale de s'assurer, on constate que tant les règles de tarification prévues par la loi que les subventions des pouvoirs publics ont continué à s'appliquer aux seuls séjours en division commune.

On a également constaté que, malgré les efforts entrepris en vue de maîtriser les coûts, de nombreuses mesures réalisables en principe n'ont pas été prises ou pas avec suffisamment de détermination. C'est ainsi par exemple que les modèles de forfaits par cas restent l'exception dans le domaine des tarifs hospitaliers. Il en va de même pour les budgets globaux. La planification hospitalière, quant à elle, a été réalisée dans les délais par les cantons (jusqu'à la fin de l'année 1997, selon l'art. 2, al. 2, de l'ordonnance du 12 avril 1995 concernant l'entrée en vigueur et l'introduction de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie⁹). Et les décisions rendues pour répondre aux recours déposés ont permis de résoudre la plupart des problèmes qui se posaient dans ce domaine. Mais, afin de favoriser l'application de la loi et des principes sur lesquels elle repose, ce projet de révision vise aujourd'hui d'une part à renforcer l'impact positif sur les coûts du système de financement prévu dans le domaine hospitalier, et d'autre part à promouvoir l'introduction d'une assurance-maladie sociale autonome sans modifier fondamentalement le système de financement des hôpitaux. Cette proposition fait ainsi partie intégrante de l'ensemble de la révision partielle prévue pour les années 2000 et 2001.

21 Prestations

L'assurance-maladie obligatoire des soins couvre, dans le domaine hospitalier, le traitement médical et le séjour en division commune (art. 49, al. 1, LAMal). On a introduit la notion de "division commune" dans la loi afin de définir l'étendue des prestations de la LAMal. L'arrêt du TFA évoqué au point 13 a confirmé ce point de vue pour le nouveau droit également. Ainsi une notion utilisée dans l'ancien droit pour caractériser un produit d'assurance a été reprise dans le nouveau droit. Or, d'après les explications données ci-dessus, cette notion n'est pas appropriée pour décrire les prestations de la LAMal. C'est pourquoi nous proposons de la supprimer et de déclarer que les séjours à l'hôpital font partie du catalogue des prestations de la loi.

⁹RS 832.101

22 Fournisseurs de prestations

La loi a introduit la planification hospitalière en tant que tâche dévolue aux cantons. La répartition des tâches décrite au point 12 reste donc en vigueur. Selon l'article 39 LAMal, la prise en compte dans la planification hospitalière et l'inscription sur les listes des hôpitaux sont des conditions préalables à l'admission en tant que fournisseur de prestations, qui permet une prise en charge des prestations par l'assurance-maladie sociale. Selon un avis confirmé par le Tribunal fédéral des assurances, pour que les coûts soient pris en charge, il importe peu que le traitement hospitalier ait lieu en division commune, en division privée ou en division semi-privée. La planification des besoins doit par conséquent tenir compte de toutes les capacités hospitalières et une différenciation par divisions n'est pas pertinente. Cela renforce ainsi un instrument de modération des coûts prévu dans la LAMal. C'est la raison pour laquelle nous proposons d'établir explicitement que la planification hospitalière et donc la liste des hôpitaux doivent englober toutes les prestations à fournir selon la LAMal. De plus, en raison de l'affectation du traitement semi-hospitalier au domaine hospitalier (voir l'art. 49, al. 1 ci-dessous), l'obligation de planification doit s'étendre aux établissements qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.

23 Choix et prise en charge des coûts

L'introduction de la planification hospitalière a eu des effets sur le choix des fournisseurs de prestations, car la question de savoir quels hôpitaux peuvent être choisis par les assurés fait l'objet d'interprétations divergentes de la part des cantons et des assureurs. Le Tribunal fédéral des assurances n'a pas encore eu l'occasion de s'exprimer sur la question de l'obligation de prise en charge. Par souci de clarté, nous proposons de compléter l'alinéa 1 de l'article 41 et de préciser que les assurés peuvent choisir librement leur hôpital parmi ceux qui figurent sur la liste de leur canton de résidence.

24 Tarifs

Ce projet de révision est centré sur le domaine tarifaire, l'accent étant mis sur la concurrence. Les normes introduites par l'article 46, alinéa 3, LAMal, qui visent à empêcher tout comportement des fournisseurs de prestations interdit par le droit des cartels, le mettent en évidence. Un renforcement de cette idée de concurrence est donc l'un des objectifs visés. Le principe de la tarification forfaitaire doit certes être maintenu. Il y a lieu toutefois de renforcer la tendance à un financement lié aux prestations afin de renoncer ainsi au subventionnement par établissement, habituellement pratiqué jusqu'ici. Il s'agit en outre d'inscrire explicitement dans la loi la participation financière des cantons.

La suppression proposée de la notion de "division commune" rend de plus superflue une différenciation en fonction du lieu du séjour des assurés. Dans l'optique des arrêts du TFA déjà mentionnés, ce système sera donc également applicable à l'hospitalisation intracantonale. A l'avenir le seul élément déterminant pour la prise en charge des coûts aussi bien par les assureurs-maladie que par les pouvoirs publics sera que le fournisseur de prestations soit apte à traiter la maladie et qu'il soit reconnu.

3 Partie spéciale : Commentaires des différents articles

Article 23, alinéa 1

L'Office fédéral de la statistique collecte des données sur les établissements hospitaliers à l'intention de l'OFAS, conformément à l'article 30 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)¹⁰. Or, en vertu de l'article 14 de la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale¹¹, des données collectées à des fins statistiques ne peuvent être utilisées à d'autres fins, à moins qu'une loi fédérale n'autorise expressément une autre utilisation. C'est donc pour se conformer à cette disposition que nous proposons une modification de l'article 23 LAMal.

Article 23, alinéa 2

Étant donné qu'avec la modification de la loi, il ne sera plus fait de distinction entre une prestation dispensée par un hôpital public respectivement un hôpital subventionné par les pouvoirs publics ou par un hôpital privé, la même obligation de participer à l'établissement des statistiques doit s'appliquer expressément à l'ensemble des fournisseurs de prestations.

Article 23, alinéa 3

Il s'est avéré que les cantons avaient besoin des mêmes données dans le cadre de leur tâche de planification hospitalière, en particulier pour ce qui a trait aux établissements privés. Il serait donc souhaitable que les cantons puissent également les utiliser.

Article 25, alinéa 2, lettre e

Au point 21, nous avons déjà indiqué que la notion de « division commune » devait être supprimée. Cela ne signifie absolument pas que le séjour hospitalier doit être pris en charge indépendamment des frais qu'il occasionne. Compte tenu des conditions générales de la prise en charge selon l'article 32 (prestations efficaces, appropriées et économiques) et du caractère économique des prestations exigé par l'article 56, il est clair que la prise en charge des frais de séjour doit se limiter à ce qui est nécessaire au traitement selon le but poursuivi. Les prestations supplémentaires, comme le séjour dans une chambre à un ou à deux lits indépendamment de l'état de santé, demeurent exclues du domaine de la LAMal et continuent à faire l'objet d'une assurance complémentaire, soumise au droit des assurances privées.

Article 25, alinéa 2, lettre f

Les traitements semi-hospitaliers ne sont pas seulement prodigués dans les institutions de soins semi-hospitaliers, mais peuvent également être effectués en hôpital. Nous proposons de modifier le texte allemand dans ce sens.

¹⁰RS 832.102

¹¹RS 431.01

Article 35, alinéa 2, lettre i

En référence à l'article 25 alinéa 2 lettre f, la formulation allemande doit également être modifiée à cet endroit.

Article 39, alinéa 1, lettres d et e, et al. 2 et 3

Il subsiste des incertitudes quant à l'ampleur de l'obligation de planification imposée aux cantons. L'intention étant d'appliquer la même règle de financement (cf. ci-après l'article 49 alinéa 2) au traitement de tous les assurés, nous proposons de mentionner explicitement, afin de clarifier la situation, que la planification doit s'étendre à toutes les personnes soumises à la LAMal. Il ne sera donc plus permis de faire une distinction entre les assurés selon leur couverture d'assurance, ce qui se passe souvent dans la pratique. Soulignons une fois encore qu'un canton ne peut planifier en fonction des besoins que s'il connaît le flux des patients et peut coordonner ses capacités avec celles des cantons voisins.

La subdivision de la liste hospitalière en catégories sert à la description de l'offre des spécialités médicales. La définition des tâches qu'un hôpital doit accomplir dans le cadre de la planification cantonale est définie notamment par le biais du mandat de prestations. Le terme de mandat a été souvent mal compris, comme s'il existait un lien impératif entre l'existence d'un mandat et une obligation d'indemnisation. Ce n'était pas le sens voulu, mis en évidence par la jurisprudence du Conseil fédéral¹². Il y a lieu de comprendre plutôt qu'une palette de prestations est attribuée à un hôpital par le biais d'un mandat de prestations, et que c'est en fonction de cela que l'hôpital figure sur la liste des hôpitaux. Ainsi compris, le mandat de prestations ne peut en aucun cas constituer une obligation financière pour le canton. Si, en vertu d'un rapprochement entre les articles 39 et 42, alinéa 2, tant l'assurance-maladie que les cantons contribuent à rémunérer les prestations fournies par les hôpitaux admis, cette opération s'apparente de très près à la rémunération d'un mandat, d'un point de vue strictement financier. Il n'est donc plus nécessaire de compléter la disposition. En effet, la question du financement global de l'hôpital qui remplit son mandat ne se pose plus, si ce sont les prestations qui sont financées et non plus les établissements.

Article 39, alinéa 4

Pour mettre sur pied d'égalité le traitement semi-hospitalier et le traitement hospitalier (voir l'art. 49, al. 1), nous proposons d'étendre l'obligation de planification aux institutions prodiguant des soins semi-hospitaliers (art. 35, al. 1, let. i). La reconnaissance de ces institutions et leur inscription sur la liste sera donc subordonnée à l'existence d'une planification hospitalière. C'est le seul moyen, pour le canton participant au financement des prestations, d'assumer sa responsabilité en matière de développement et d'entretien de l'infrastructure, ainsi que ses fonctions de conduite et de coordination.

¹² Cf. Décision du Conseil fédéral du 26 mars 1997, RAMA 4/1997, p. 220 ss

Article 41, alinéa 1

Afin d'indiquer clairement que les assurés ont le droit de choisir parmi tous les hôpitaux inscrits sur la liste de leur canton de résidence, nous proposons de compléter l'alinéa 1. Selon la première phrase de cet alinéa, les assurés ont le choix entre les fournisseurs de prestations admis. Sont réputés admis les hôpitaux et institutions de soins semi-hospitaliers figurant sur la liste du canton où réside la personne assurée, ou sur la liste du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent. La prise en charge par l'assurance maladie n'intervient toutefois - à l'exception des raisons médicales au sens de l'article 41, alinéa 2 LAMal - qu'au tarif des hôpitaux et institutions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers figurant sur la liste du canton où réside la personne assurée. Si celle-ci recourt, sans raisons médicales, à un fournisseur de prestations qui ne figure pas sur la liste de son canton de résidence, mais qui est admis comme fournisseur de prestations, elle bénéficie d'une protection tarifaire : le fournisseur de prestations doit s'en tenir au tarif approuvé ou fixé (art. 46, al. 4, art. 47, al. 2, LAMal). L'assurance-maladie ne prend donc en charge que la part des coûts qui correspond au tarif des hôpitaux et des institutions de soins semi-hospitaliers figurant sur la liste du canton où réside la personne assurée.

Article 41, alinéa 2, lettre b

Nous en profitons par ailleurs pour clarifier le rapport entre les alinéas 2 et 3 et proposons de retenir simplement que les assurés ont le droit de choisir un autre fournisseur de prestations s'ils ne peuvent recourir, pour un traitement déterminé ou en cas d'urgence, à un fournisseur de prestations figurant sur la liste de leur canton de résidence. Il en résulte que l'assurance-maladie prend en charge les coûts de traitement hospitalier ou semi-hospitalier si le choix se porte soit sur un fournisseur de prestations figurant sur la liste du canton de résidence et apte à traiter la maladie, soit, pour des raisons médicales, sur un fournisseur de prestations qui ne figure pas sur la liste du canton de résidence. Dans ce dernier cas également, et comme nous nous trouvons dans un système d'assurance autonome, seul un fournisseur de prestations admis selon les règles légales est autorisé à facturer des prestations à la charge de l'assurance-maladie.

Article 41, alinéa 3

Cette disposition, dans sa teneur actuelle, oblige le canton de résidence à verser une contribution dans le cas où un traitement approprié n'était pas proposé ou n'était pas indiqué dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics. Les arrêts du TFA que nous avons évoqués ont clarifié la question de savoir dans quelle mesure l'obligation de contribution dépend du lieu du séjour des assurés. Nous proposons dans l'article 49 d'étendre la règle de financement à toutes les divisions des hôpitaux et à tous les types d'hôpitaux. Le renvoi à l'article 49 sert à harmoniser les articles 49 et 41. Il doit donc être désormais clairement exposé que le canton de résidence doit prendre en charge la part des coûts due en vertu de l'article 49 non seulement dans le canton, mais aussi hors du canton, indépendamment de l'inscription d'un hôpital sur sa propre liste.

Article 49 titre

Comme nous proposons que les domaines hospitalier et semi-hospitalier fassent l'objet d'un même régime de financement, le titre de l'article 49 doit être adapté en conséquence.

Article 49, alinéa 1

La loi prévoit actuellement que le degré de couverture par l'assurance-maladie sociale des tarifs des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics pour les habitants du canton se monte à 50 % au maximum des coûts d'exploitation imputables de la division commune. La manière de couvrir le solde ne fait l'objet d'aucune prescription. On part néanmoins du principe que, vu leurs obligations en matière de soins hospitaliers, les cantons contribuent également au financement de l'exploitation de l'infrastructure hospitalière qu'ils ont créée ou encouragée, et en particulier couvrent les déficits. Il s'ensuit que les cantons financent des institutions plutôt que des prestations. Afin de corriger l'incitation (erronée) actuelle en faveur du financement par établissement, il y a lieu, d'un point de vue économique, d'introduire largement le système du financement des prestations au moyen de forfaits par cas ou par division. Ce financement par sujet présente l'avantage que l'argent est amené là où la prestation est fournie. L'indemnisation de la prestation médicale se fait d'après le forfait classique par cas (DRG = Diagnosis Related Group) en fonction du diagnostic posé. Pour une prestation donnée (p. ex. opération de l'appendicite), la rémunération se fait sur la base d'un montant prédéfini. Par contre, il n'est pas possible de recourir aux forfaits par cas pour les affections polymorbides (et pour les patients de longue durée), car ces forfaits ne tiennent pas suffisamment compte de l'évolution de la maladie, ni des moyens mis en œuvre pour chaque cas particulier, qui peut être lié à un traitement médical donné. Dans ces cas-là, la différenciation s'obtient en recourant soit au système des forfaits par division soit, pour tenir compte des caractéristiques des patients, aux PMC (Patient Management Categories) qui, par exemple, tiennent compte de l'âge, du sexe, de la condition psychique, etc. Ce qui importe pour toutes ces formes de rémunération, c'est qu'elles reposent sur des systèmes de classification unifiés, afin de permettre des comparaisons à l'échelle nationale et une rémunération intercantonale simple. C'est pourquoi il est prévu d'introduire des structures uniformes à l'échelon national. Ces structures pourront faire l'objet de subdivisions par catégories. Ce qui implique la possibilité de l'existence en parallèle de systèmes forfaitaires distincts (p. ex. forfait par cas, forfait journalier), pour des prestations différentes, également dans un domaine déterminé (p. ex. la gynécologie). Il appartient en premier lieu aux partenaires tarifaires d'élaborer ces structures, par analogie avec le système prévu par l'article 43, alinéa 5, LAMal pour les tarifs à la prestation. Le Conseil fédéral n'intervient que si cela n'a pas été fait dans le délai qu'il aura fixé (cf. la disposition transitoire ci-après).

Le projet de révision vise donc à renforcer, dans le mode de financement du secteur hospitalier, les éléments porteurs de maîtrise des coûts. L'introduction de la participation aux coûts hospitaliers poursuivait le même but. Cette mesure devait rendre les assurés plus conscients des coûts et permettre de maîtriser la consommation de prestations médicales non nécessaires. Les assurés ne devaient plus être incités à subir un traitement hospitalier, lorsqu'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier était également envisageable. Or, l'incitation à choisir un traitement semi-hospitalier pour satisfaire à l'objectif de maîtrise des

coûts n'a pas suffisamment été suivie d'effets. Ce fut notamment le cas dans le domaine des activités opératoires, où la limite entre traitements hospitalier et semi-hospitalier est souvent fluctuante. La tendance qui s'est dessinée a plutôt été celle d'une hospitalisation des patients dépourvus de couverture complémentaire. En conséquence, la marge de manœuvre que la loi laisse aux partenaires tarifaires dans l'aménagement des soins semi-hospitaliers n'est qu'insuffisamment ou pas du tout mise à profit. C'est pour simplifier la délimitation et dans le but de définir des incitations pertinentes que nous proposons d'appliquer au traitement semi-hospitalier le régime de financement du domaine hospitalier.

Les partenaires tarifaires notamment ont des avis divergents sur l'interprétation et la délimitation des notions d'"hospitalier", de "semi-hospitalier" et d'"ambulatoire". Le terme de "traitement semi-hospitalier" qualifie en particulier le traitement et les soins médicaux prodigués dans des cliniques dites de jour ou de nuit, ou encore dans des établissements de type "one-day-surgery"; une caractéristique type de tels séjours en clinique, qu'ils soient uniques ou répétés, est qu'ils sont en principe de plus courte durée que les séjours en clinique de type "24 heures sur 24"¹³. Comme le traitement hospitalier, le traitement semi-hospitalier nécessite une infrastructure hospitalière, ainsi qu'une surveillance et des soins liés au traitement dans un cadre hospitalier. Une fois administré, le traitement ambulatoire, en revanche, ne requiert ni surveillance, ni soins dans un cadre hospitalier. Une durée de séjour en principe inférieure à 24 heures pour un traitement semi-hospitalier peut constituer un critère de délimitation par rapport à un traitement hospitalier. Lors de conclusion de conventions entre partenaires tarifaires sur des forfaits et des forfaits par cas pour les traitements hospitaliers et semi-hospitaliers, des principes se dessineront dans la pratique pour délimiter les secteurs hospitaliers, semi-hospitaliers et ambulatoires. Comme on manque encore, dans ce domaine, d'une pratique éprouvée et que les écarts sont grands entre les régions, la définition sera maintenue à l'échelon de l'ordonnance. Cette option est avantageuse : elle permettra de tenir plus facilement compte de changements éventuels survenant au fil du temps.

Article 49, alinéa 1bis

Ce nouvel alinéa reprend la possibilité, jusqu'à maintenant prévue par l'article 49, alinéa 2, LAMal, d'une tarification séparée de certaines prestations diagnostiques et thérapeutiques spéciales, rarement fournies et demandant des moyens importants (par exemple : des mesures complexes ou le recours à une coûteuse technologie de pointe). Les coûts de telles prestations supplémentaires ne seront donc facturés qu'aux assurés qui les occasionnent effectivement. Les prestations sont cependant soumises aux mêmes règles de financement (voir l'art. 49, al. 2 ci-après).

Article 49, alinéa 2

La conséquence de la règle de financement actuelle de l'article 49 alinéa 1 est la suivante : tant les hôpitaux que les assureurs ont peu de marge de manœuvre pour s'entendre sur les prix des traitements hospitaliers, en ce sens que les coûts imputables pour la tarification sont déterminés et que la marge de négociation est réduite à l'exactitude de la définition et aux surcapacités, ainsi

¹³ Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991. FF 1992 I 149 s

qu'au niveau de couverture des coûts. Il s'ensuit que la couverture des coûts est garantie indépendamment du rapport coûts / prestations. Cela est en contradiction avec l'idée de concurrence de la LAMal.

C'est pourquoi nous proposons de ne plus parler de coûts imputables, mais de rémunération. Celle-ci devra en principe être prise en charge pour moitié par les assureurs et pour moitié par le canton de résidence de l'assuré. Pour des raisons de politique sociale, il est laissé à la libre appréciation des cantons de prendre en charge une part supérieure à la moitié de la rémunération. Les coûts d'investissement devront à l'avenir être également inclus dans le financement essentiellement parce que dans le contexte du financement des hôpitaux, le fait de séparer clairement les investissements des charges d'exploitation transmet une image qui ne correspond pas à la pratique de l'économie d'entreprise. Quant aux coûts relevant de la recherche et de la formation, ils ne seront aucunement compris dans le cadre de cette rémunération. Cette réglementation permettra, d'un côté, de décharger financièrement les cantons (voir l'annexe) dont l'obligation de financement sera, en contrepartie, fixée. Parallèlement, elle sera étendue aux organismes privés qui contribuent à la couverture des besoins et qui pourront figurer de ce fait sur les listes cantonales. Cette extension se justifie parce qu'elle permet l'égalité de traitement entre les hôpitaux et évite des distorsions de la concurrence. Cette manière de procéder placera la totalité des capacités destinées à couvrir les besoins hospitaliers sous le même régime de financement.

La réglementation proposée dans la variante de l'alinéa 2 écarte entièrement la possibilité d'une répartition fixe, entre assureurs et cantons de domicile, de la part de la rémunération des fournisseurs de prestations à assumer. Elle établit simplement que les assureurs y participent pour moitié au maximum.

La suppression proposée de la notion de "division commune" conduit à supprimer également la différenciation selon le lieu du séjour des assurés. A la suite des arrêts du TFA cités plus haut, ce système sera aussi appliqué à l'hospitalisation à l'intérieur du canton. A l'avenir, la prise en charge des coûts par les assureurs-maladie et par les pouvoirs publics dépendra de la question de savoir si le fournisseur de prestations est reconnu et en mesure de traiter la maladie.

Article 49, alinéa 4

Nous proposons, ici également, de supprimer la notion de « division commune ». On constate en outre que grâce au système d'assurance autonome, les prestations des hôpitaux prévues par la présente loi seront intégralement rémunérées selon la règle de financement définie aux alinéas 1 et 1bis. Les coûts qui sortent de ce cadre, tels que des honoraires supplémentaires pour des prestations médicales prodiguées lors d'un séjour en division privée, sont donc exclus dans la mesure où il s'agit de prestations couvertes par la loi. Il est ainsi tenu compte du principe de la protection tarifaire (art. 44) dans le domaine hospitalier. Il va de soi qu'il est possible, comme pour le séjour, d'assurer selon le droit des assurances privées les prestations non-couvertes dans le cadre de la LAMal.

Article 49, alinéa 5

La notion de semi-hospitalier est supprimée en raison de la proposition faite d'affecter le traitement semi-hospitalier au domaine hospitalier.

Article 49, alinéa 6

Dans un esprit d'encouragement de la concurrence, les hôpitaux doivent travailler davantage selon les lois du marché. Nous proposons donc une disposition selon laquelle les hôpitaux doivent disposer des instruments financiers de gestion nécessaires. L'actuel article 49, alinéa 6, LAMal mentionne la comptabilité analytique et la statistique des prestations en tant qu'instruments permettant le calcul des coûts et le classement des prestations. La signification de cette alinéa est toutefois différente selon la version que l'on consulte. Alors que la version allemande parle de "Kostenstellenrechnung", la version française se réfère à la "comptabilité analytique" et la version italienne à la "contabilità analitica". Si l'on examine la définition des termes utilisés en français et en italien, il s'agit du décompte d'exploitation [Betriebsabrechnung] qui se décompose en calcul des charges [Kostenrechnung] (charges par nature [Kostenarten], centres de charges [Kostenstellen], et unités finales d'imputation [Kostenträger]) et détermination du résultat d'exploitation. Il n'est pas contesté que les buts de la loi ne sauraient être atteints par le seul biais d'une "Kostenstellenrechnung". En raison de la teneur actuelle en français et en italien et en vue d'une réalisation judicieuse des objectifs poursuivis par la loi, il apparaît indiqué de remplacer, dans la version allemande, le terme de "Kostenstellenrechnung" par celui de "Kostenrechnung".

Dispositions transitoires

Les structures tarifaires proposées à l'article 49, alinéa 1, LAMal ne peuvent être établies par les partenaires tarifaires dès l'entrée en vigueur de la modification de la loi. C'est pourquoi nous proposons d'attribuer au Conseil fédéral la compétence de fixer un délai d'introduction. Etant donné que les bases de calcul sur lesquelles reposeront les systèmes de forfaits en sont à des stades de développement inégaux dans divers domaines, l'introduction devra en plus pouvoir se faire par paliers. De plus, les investissements dont il n'a pas été tenu compte jusqu'à maintenant dans les tarifs, doivent être pris en considération dans le calcul des tarifs selon une méthode uniforme afin d'assurer un minimum de transparence et d'unité. Il appartiendra au Conseil fédéral de définir cette méthode.

Il faut partir de l'idée que, pour l'instant, les cantons assument plus de la moitié des charges d'exploitation imputables. Avec la prise en compte des coûts d'investissement dans la rémunération des prestations, cela conduit à un accroissement des charges de l'assurance-maladie. D'autre part, si l'on étend la règle de financement au secteur semi-hospitalier et qu'on inclut le traitement des patients assurés en division semi-privée et privée dans l'obligation de prise en charge, cela conduit à un accroissement des charges des cantons. Quant au fait de distinguer clairement entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire, il se traduit par un déplacement des charges financières.

Pour éviter des répercussions abruptes, les parts de financement seront adaptées progressivement jusqu'à ce que l'on ait atteint une rémunération des prestations conforme à l'article 49, alinéa 2, soit pour moitié par les assureurs et pour moitié par le canton. Au cours des cinq premières années environ qui suivront l'introduction du nouveau règlement, la part de l'assurance-maladie à la

rémunération sera relevée, par paliers de 1%, jusqu'à ce qu'elle atteigne les 50 % prescrits. Dans la variante à l'article 49, alinéa 2, ce raisonnement tombe, puisque les partenaires tarifaires conviennent à l'avance quelle part en pour-cent des rémunérations chacun d'entre eux devra assumer.

4 Conséquences financières et sur le plan du personnel

41 Conséquences financières pour l'assurance-maladie et pour les cantons

Deux dispositions contribueront à alléger quelque peu la charge financière incombant à l'assurance-maladie sociale : l'obligation faite aux cantons de financer tous les traitements hospitaliers, et la définition claire de la participation des cantons aux coûts du secteur semi-hospitalier. Mais cette charge sera alourdie par la prise en charge de la moitié des frais d'investissements. Il faut tenir compte du fait que la part des frais d'exploitation imputables couverts par l'assurance-maladie sociale est aujourd'hui inférieure à 50 % dans la plupart des cantons. De plus, il faut admettre que la séparation entre assurance de base et assurance complémentaire n'est pas encore totalement réalisée et que l'assurance complémentaire couvre encore des coûts qui, selon le nouveau droit, devraient être supportés par l'assurance-maladie sociale.

Les données statistiques permettant de chiffrer exactement les répercussions des propositions de modification de la loi au niveau du transfert des charges financières font défaut et ne seront pas collectées dans un proche avenir. Diverses estimations ont cependant été faites. Elles donnent quelques indications sur les répercussions à envisager. Ces estimations reposent, d'une part, sur différentes hypothèses quant au volume des investissements et au poids du secteur semi-hospitalier, mais aussi quant au taux de couverture des frais d'exploitation des hôpitaux par l'assurance-maladie sociale et par les cantons. Elles reposent aussi, d'autre part, sur des approches méthodologiques divergentes. Les résultats de ces estimations ou de ces extrapolations présentent certains écarts essentiellement dus à l'imprécision des données de base. Leur interprétation permet de fournir des indications sur l'ordre de grandeur des transferts de charge attendus.

Sur la base des données figurant en annexe, on peut s'attendre aux répercussions suivantes:

- le financement à 50 % des investissements par les cantons et l'assurance-maladie sociale pourrait engendrer une charge supplémentaire pour l'assurance-maladie sociale d'environ 350 à 450 millions de francs, des coûts dont les cantons seraient déchargés ¹⁴;
- les cantons pourraient supporter une charge supplémentaire d'environ 230 millions due à la rémunération de la moitié des traitements semi-hospitaliers;

¹⁴ L'Office fédéral de la statistique estime les investissements publics à 750 millions de francs de francs dans les hôpitaux et les cliniques psychiatriques (source : "Coûts du système de santé 1996", publié par l'OFS). Sur la base des estimations du Groupement romand de services en santé publique, ce montant extrapolé donne des investissements de tout juste 1 milliard de francs pour l'ensemble de la Suisse.

- le subventionnement des assurés intra et extracantonaux au bénéfice d'une assurance complémentaire pourrait entraîner pour les cantons un excédent de frais de quelque 760 millions à un milliard de francs environ. Comme il faut reconnaître que la séparation entre assurance de base et assurance complémentaire n'est pas encore totalement réalisée, cet alourdissement de la charge financière des cantons équivaldrait à un allègement nettement moins marqué de l'assurance-maladie sociale ;
- une observation statique de la situation permet d'avancer que globalement l'accroissement des charges de l'assurance-maladie obligatoire pourrait atteindre un peu plus de 200 millions de francs, celui des cantons environ 700 millions de francs. La charge financière supportée par l'assurance complémentaire devrait quant à elle diminuer .

A l'heure actuelle, les cantons prennent en charge plus de la moitié des frais d'exploitation imputables. Pour des raisons de politique sociale, les cantons pourront également à l'avenir prendre en charge une part supérieure à la moitié de la rémunération. Le taux de couverture moyen des coûts par l'assurance-maladie sociale se monte aujourd'hui à environ 46 %. En partant de ce taux de couverture et sur la base d'une observation purement statique, cela aurait pour conséquence un allègement de la charge des cantons d'environ 400 millions de francs. En réalité, l'assurance-maladie ne verra cependant pas ses charges croître dans une même mesure, en raison d'une part de l'adaptation par étapes et d'autre part de la possibilité donnée aux cantons de prendre en charge plus de la moitié de la rémunération. Il faut en outre tenir compte du fait que les réglementations proposées renforceront l'incitation à la maîtrise des coûts et que les effets de redimensionnement amorcé grâce à la planification hospitalière se feront de plus en plus sentir. Les charges supplémentaires pesant sur l'assurance-maladie en raison du partage par moitié des rémunérations des prestations, ne s'accroîtront donc que progressivement et dans une mesure moindre que l'estimation ci-dessus ne le laisse prévoir. En relation avec la charge supplémentaire des cantons mentionnée ci-dessus, on peut considérer qu'une décision d'un tribunal concernant les assurés complémentaires intracantonaux provoquerait également une charge correspondante. En cas d'absence de mesures correctives, une telle décision aurait des effets plus drastiques que ceux qu'entraîneraient la révision partielle. A côté de mesures incitatives visant à la maîtrise des coûts, cette révision comporte également, malgré tout, des mesures pour décharger les cantons.

42 Conséquences pour la Confédération sur le plan du personnel

Étant donné que la Confédération ne se verra confier aucune nouvelle tâche, le surcroît de travail pourra être maîtrisé avec les ressources en personnel déjà demandées dans le message du 9 mars 1998.

5 Programme de législature

Le projet de révision partielle de l'assurance-maladie n'a pas été annoncé dans le programme de législature 1995-1999.

6 Lien avec la péréquation financière entre la Confédération et les cantons

La nouvelle péréquation financière a pour objet la dissociation des tâches, des compétences et des flux financiers entre la Confédération et les cantons, ainsi que la clarification des responsabilités entre ces deux niveaux étatiques. Dans le cadre des travaux afférents à cette réforme de la péréquation financière entre la Confédération et les cantons, on examine également une redistribution des tâches dans le domaine des assurances sociales. Le financement des hôpitaux n'est pas directement concerné par cette redistribution. L'examen porte sur l'inscription dans la loi d'une planification et d'une répartition des tâches dans le secteur de la médecine de pointe à l'échelon suisse, ce qui pourrait avoir des incidences sur le financement des prestations de la médecine de pointe. Le rapport final du Groupe de projet 4 (Assurances sociales et politique sociale) propose, pour l'essentiel, l'élaboration d'un accord intercantonal ayant valeur légale. La rémunération des prestations se ferait à partir de forfaits par cas, ce qui correspond à la proposition faite dans la présente révision partielle. Un lien indirect existe cependant, car aussi bien la nouvelle péréquation financière que la révision partielle de l'assurance-maladie entraînent un déplacement des charges financières entre la Confédération et les cantons.

7 Bases juridiques

71 Constitutionnalité

Le présent projet se fonde sur l'article 34^{bis} de la Constitution fédérale.

72 Délégation de compétences législatives

L'article 96 LAMal délègue au Conseil fédéral les compétences de réglementation nécessaires en matière de pratique de l'assurance-maladie sociale (pouvoir d'édicter les dispositions d'exécution). Le présent projet autorise en outre le Conseil fédéral à arrêter des dispositions dans les domaines suivants :

Choix et prise en charge des coûts (art. 41, al. 3)
Conventions tarifaires avec les hôpitaux (art. 49, al. 1 et 6)
Dispositions transitoires

Annexe

Extrapolation des effets financiers de la proposition concernant le financement des hôpitaux sur la base des données de huit cantons

	Effets sur l'assurance de base	Effets sur les cantons
Coûts supplémentaires par assuré	+ 92 francs	+ 111 francs
- sans participation des cantons aux coûts du secteur semi-hospitalier	+ 124 francs	+ 79 francs
Coûts supplémentaires pour 7.1 mio assurés (population résidente à fin 1997)	+ 653.2 mio de francs	+ 788.1 mio de francs
- sans participation des cantons aux coûts du secteur semi-hospitalier	+ 880.4 mio de francs	+ 560.9 mio de francs

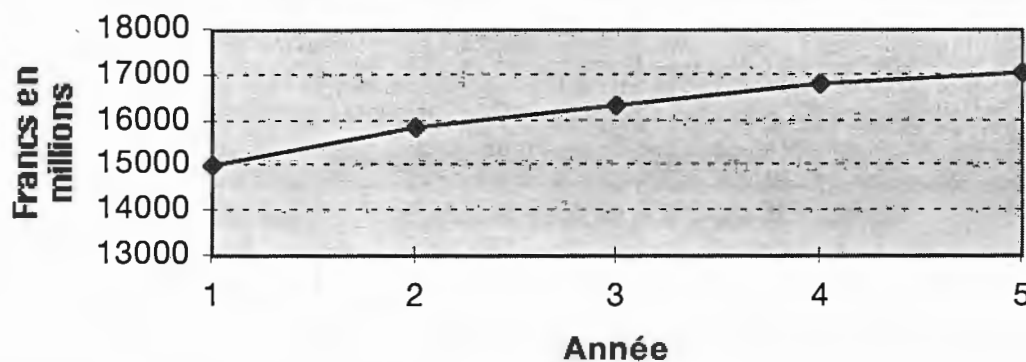
Extrapolation sur la base d'une estimation du Groupement romand des systèmes de la santé publique pour huit cantons réalisée en octobre 1998 (chiffres de l'année 1996). Les différences concernant les données citées au chiffre 41 sont à mettre sur le compte, tout d'abord des différentes hypothèses et sources de données à la base des estimations. D'autre part, les chiffres reportés dans le tableau ci-dessus impliquent l'hypothèse que tous les effets de la révision se produisent en même temps.

Coûts et financement des hôpitaux (assurance-maladie obligatoire)

Année	Ménages	Assurances sociales					Etat				Etranger	Total
		Caisses maladie	Ass. Accident	AI-AVS	Ass. militaire.	total	Confédération	Cantons	Communes	Total		
	mio fr.											
1991	1'188	5'271	420	156	30	5'876	1	3'888	387	4'276	693	12'033
1992	947	5'894	490	175	28	6'587	1	3'911	446	4'357	715	12'606
1993	576	6'835	510	210	29	7'583	0	3'768	357	4'126	565	12'850
1994	902	6'825	483	220	23	7'551	0	3'812	301	4'113	611	13'177
1995	666	7'319	485	232	22	8'058	0	3'690	290	3'980	658	13'361
1996	169	8'142	485	237	20	8'884	0	3'884	356	4'240	635	13'928
	en %											
1991	9.9	43.8	3.5	1.3	0.2	48.8	0.0	32.3	3.2	35.5	5.8	100.0
1992	7.5	46.8	3.9	1.4	0.2	52.2	0.0	31.0	3.5	34.6	5.7	100.0
1993	4.5	53.2	4.0	1.6	0.2	59.0	0.0	29.3	2.8	32.1	4.4	100.0
1994	6.8	51.8	3.7	1.7	0.2	57.3	0.0	28.9	2.3	31.2	4.6	100.0
1995	5.0	54.8	3.6	1.7	0.2	60.3	0.0	27.6	2.2	29.8	4.9	100.0
1996	1.2	58.5	3.5	1.7	0.1	63.8	0.0	27.9	2.6	30.4	4.6	100.0

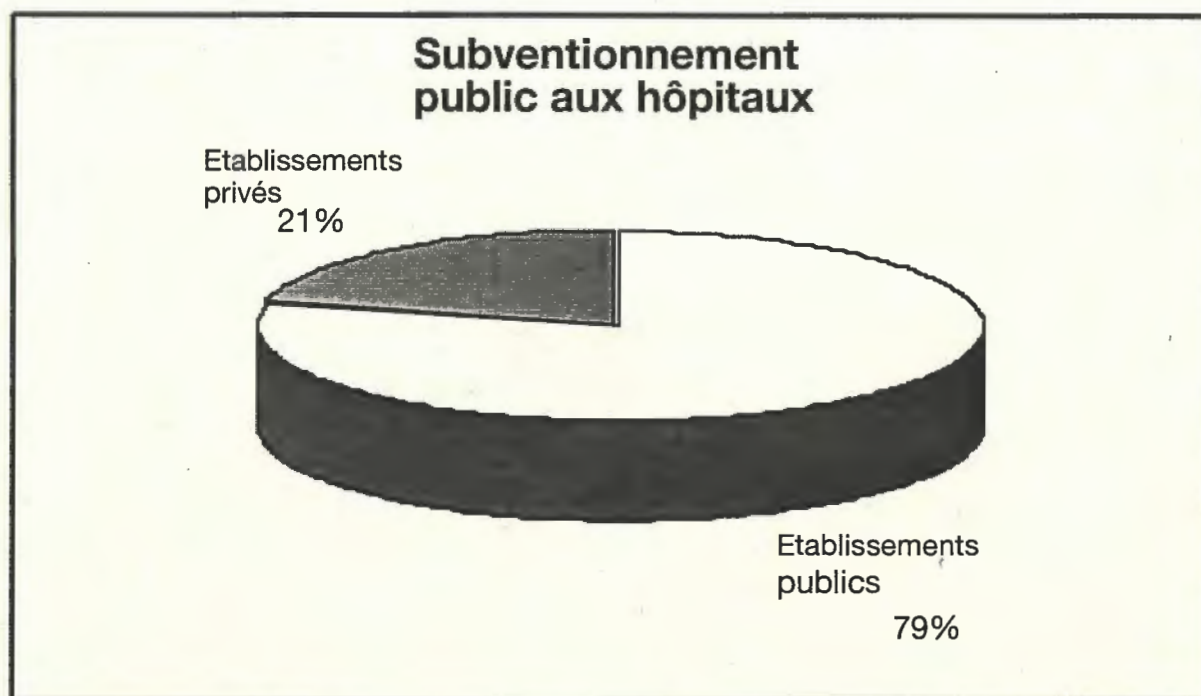
Source: OFS 1998: Effets de la LAMal dans le financement de la santé.

Coûts des établissements qui fournissent des soins hospitaliers (sans institutions pour handicapés)



Année	Millions de francs
1991	15000,1
1992	15884,4
1993	16307,0
1994	16788,8
1995	17026,0

Source: Coûts du système de santé 1995, OFS, 1997.



Subventions

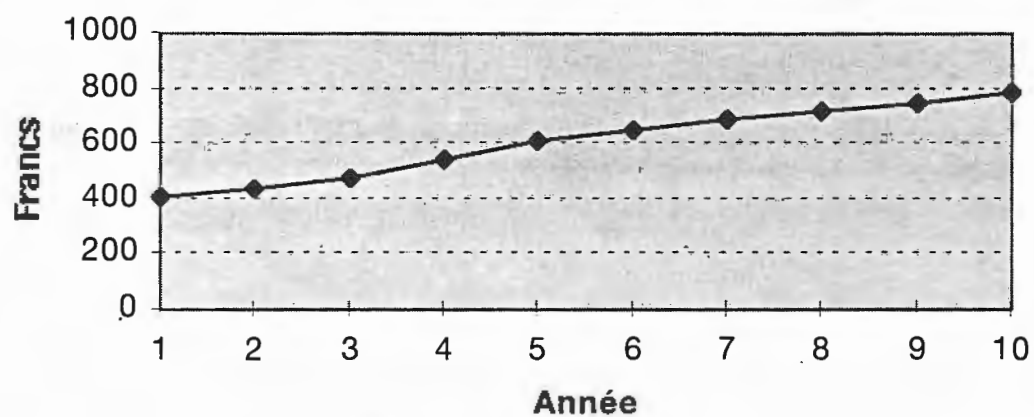
Subventions aux établissements publics	911'744'162,66	francs
Etablissements privés recevant des subventions des pouvoirs publics	242'182'182,35	francs
Total	1'153'926'345,01	francs

Couverture du déficit

Couverture du déficit des établissements publics	2'027'546'614,84	francs
Couverture du déficit des établissements privés recevant des subventions des pouvoirs publics	314'576'747,00	francs
Total	2'341'123'361,80	francs

Source: Renseignement H+ concernant le compte 69, 1998.

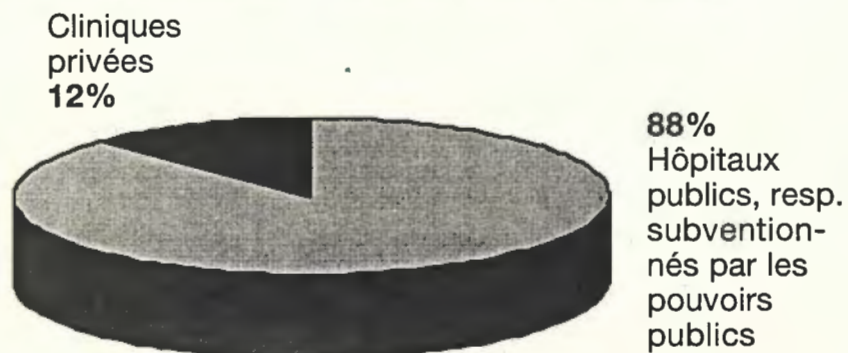
Coûts par journée de soins 87-96



Année	Francs
1987	407.--
1988	438.--
1989	477.--
1990	541.--
1991	608.--
1992	653.--
1993	689.--
1994	716.--
1995	751.--
1996	791.--

Source: Statistique administrative 1996, H+ 1997, p. 46.

Journées de soins dans des hôpitaux publics / cliniques privées



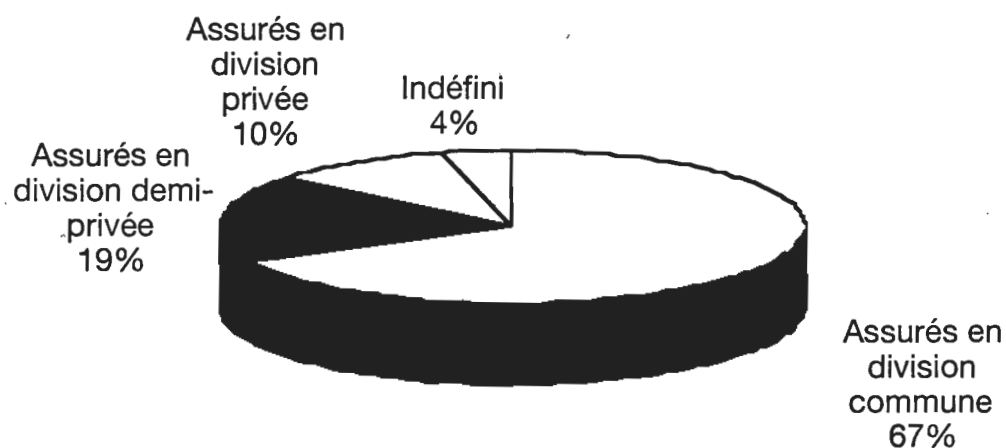
Journées de soins dans des:

- cliniques privées
- hôpitaux publics/subventionnés

2'834'762
19'566'560

Source: Association suisse des cliniques privées (SVPK)/H+, 23^e Rapport d'activité (septembre 96 - août 97), données 1997, p. 24.

Assurés par classe d'assurance



Nombre d'assurés par classe d'assurance:

en division commune	4'849'559
en division demi-privée	1'351'344
en division privée	723'894
indéfini	269'957
Total	7'194'754

Source: Statistique de l'assurance maladie 1996, OFAS 1997, p. 37.

**Legge federale
sull'assicurazione malattie
(LAMal)**

Modifica del ...

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visto il messaggio del Consiglio federale del ¹

decreta:

I

La legge federale sull'assicurazione malattie² è modificata come segue:

Art. 23 Statistiche

¹Il Consiglio federale emana disposizioni sull'allestimento, l'analisi e la pubblicazione delle statistiche necessarie all'applicazione della presente legge come pure sull'accesso ai dati raccolti e relativo utilizzo. In merito provvede a garantire la protezione della personalità.

²Gli assicuratori, i fornitori di prestazioni come pure le autorità federali e cantonali collaborano all'allestimento delle statistiche. Il Consiglio federale può estendere questo obbligo ad altre persone oppure ad organizzazioni previamente sentite.

¹ FF 1999 ...

² RS 832.10

³I Cantoni possono utilizzare i dati statistici raccolti per la pianificazione ospedaliera di cui all'articolo 39 capoverso 1 lettera d come pure per la pianificazione degli istituti di cure semiospedaliere di cui all'articolo 39 capoverso 4 lettera a. La Confederazione e i Cantoni possono utilizzare questi dati anche per altri scopi, per quanto necessario al conseguimento degli obiettivi della presente legge.

Art 25 cpv. 2 lett. e ed f

²Queste prestazioni comprendono:

- e. la degenza in un ospedale;
- f. la degenza in un istituto di cure semiospedaliere;

Art 35 cpv. 2 lett. i

²Sono fornitori di prestazioni:

- i. gli istituti di cure semiospedaliere;

Art 39 cpv. 1 lett. d ed e come pure cpv. 2, 3, 4 (nuovo)

¹Gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati se:

- d. corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni;
- e. figurano nell'elenco degli ospedali compilato dal Cantone secondo le corrispondenti categorie.

²La pianificazione di cui al capoverso 1 lettera d deve riferirsi alla copertura del fabbisogno di tutte le persone tenute ad assicurarsi ai sensi della presente legge (art. 3) e considerare i flussi di pazienti tra i Cantoni. Essa deve includere gli enti privati in misura adeguata.

³L'elenco degli ospedali di cui al capoverso 1 lettera e deve comprendere l'insieme degli ospedali del Cantone ritenuti necessari per la copertura del fabbisogno e che dispongono di un mandato di prestazioni; esso può parimenti comprendere ospedali situati in altri Cantoni per i quali il Cantone ha concluso un accordo con uno o più Cantoni oppure con l'ospedale interessato.

⁴Le condizioni di cui al capoverso 1, le esigenze inerenti la pianificazione di cui al capoverso 2 e l'approntamento dell'elenco secondo il capoverso 3 si applicano per analogia:

- a. agli stabilimenti, istituti e rispettivi reparti che effettuano cure semiospedaliere (istituti di cure semiospedaliere);
- b. agli stabilimenti, istituti e rispettivi reparti che effettuano cure, assistenza medica e provvedimenti di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura).

Art 41 cpv. 1, 2 e 3

¹L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei dintorni. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata negli ospedali e negli istituti di cure semiospedaliere menzionati nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato.

²Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate:

- a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale;
- b. in un ospedale o in un istituto di cure semiospedaliere menzionato nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera.

³In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera effettuata per motivi di ordine medico in un ospedale o in un istituto di cure semiospedaliere situato fuori dal Cantone di domicilio, quest'ultimo assume la parte dovuta giusta l'articolo 49. In tal caso, il diritto di regresso di cui all'articolo 79 si applica per analogia al Cantone di domicilio. Il Consiglio federale disciplina i particolari.

Art. 49 titolo mediano, cpv. 1, 1bis (nuovo), 2, 3, 4, 5 e 6

Convenzioni tariffali con gli ospedali e gli istituti di cure semiospedaliere

¹Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39 cpv. 1), e della cura semiospedaliera, compresa la degenza in un istituto di cure semiospedaliere (art. 39 cpv. 4 lett. a)), le parti alla convenzione concordano importi forfettari. Gli importi forfettari sono stabiliti in funzione delle prestazioni e si basano su strutture uniformi a livello nazionale. Queste strutture possono essere suddivise in categorie. Le stesse sono concordate dalle parti alla convenzione tariffale. Se le parti alla convenzione non pervengono ad un accordo, le strutture uniformi sono stabilite dal Consiglio federale.

^{1bis}Le parti alla convenzione possono convenire che prestazioni speciali non siano comprese nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente.

²Le remunerazioni di cui ai capoversi 1 e 1bis sono per metà a carico dell'assicuratore e per metà a carico del Cantone di domicilio dell'assicurato. I Cantoni possono decidere di assumere una parte maggiore. Le remunerazioni non possono comprendere le spese di formazione e di ricerca.

Variante:

²Le remunerazioni di cui ai capoversi 1 e 1bis sono assunte dall'assicuratore e dal Cantone di domicilio dell'assicurato secondo una chiave di riparto concordata tra loro prospettivamente. L'assicuratore assume al massimo la metà delle remunerazioni.

³In caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dei capoversi 1, 1bis e 2 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza oppure di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa di cui all'articolo 50.

⁴Con le remunerazioni di cui ai capoversi 1-3 sono tacitate le pretese dell'ospedale come pure dell'istituto di cure semiospedaliere riguardo le prestazioni previste dalla presente legge.

⁵Le parti alla convenzione concordano la remunerazione per la cura ambulatoriale.

⁶Gli ospedali calcolano i propri costi di gestione e d'investimento e registrano le proprie prestazioni secondo un metodo uniforme; devono disporre al riguardo di strumenti finanziari di gestione e tenere una contabilità analitica come pure una statistica delle prestazioni. I governi cantonali e le parti alla convenzione possono consultare gli atti. Il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni.

Art. 51 cpv. 1

¹Il Cantone può stabilire un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura, siccome strumento di gestione finanziaria. E' fatta salva la ripartizione dei costi di cui all'articolo 49 capoverso 2.

II

Disposizioni transitorie

¹Il Consiglio federale fissa la data per la quale gli importi forfettari di cui all'articolo 49 capoverso 1 devono basarsi su strutture uniformi. L'introduzione può avvenire a tappe. Esso stabilisce inoltre le modalità circa l'inclusione nel calcolo delle tariffe degli investimenti effettuati prima dell'entrata in vigore della presente modifica.

²A contare dall'entrata in vigore della presente modifica, la parte degli assicuratori alle remunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 2 viene aumentata di un punto per cento all'inizio di ogni anno civile, cosicché il quinto anno civile sia raggiunta la metà di queste remunerazioni.

III

¹La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

²Entra in vigore il 1° gennaio 2001.

**Revisione parziale
della Legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie**

Parte relativa al finanziamento ospedaliero

Rapporto esplicativo

8.3.1999

Introduzione

La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal)¹ si fonda, fra altri, su due principi. Primo, sono stati mantenuti il sistema di finanziamento dell'assicurazione malattie mediante premi individuali pro capite, ma anche la partecipazione ai costi da parte dei pazienti e i sussidi erogati dai poteri pubblici. Oltre alla riduzione dei premi per gli assicurati di condizione economica modesta, è stato anche previsto il finanziamento parziale del settore ospedaliero mediante l'impiego di mezzi pubblici, ai sensi di una soluzione sociale. Secondo, è stata operata una netta distinzione tra la cosiddetta assicurazione di base, che rappresenta un'assicurazione sociale, e le assicurazioni complementari, che sono soggette al regolamento del diritto delle assicurazioni private, di modo che la legge illustra fondamentalmente un sistema assicurativo autonomo. Il presente progetto ha lo scopo di rafforzare i principi menzionati, eliminando nel contempo gli aspetti controversi che pregiudicano il buon funzionamento del sistema. Con la revisione parziale si intendono realizzare coerentemente i principi ancorati nella legge, ma in nessun caso si vuole mettere in dubbio il sistema. Non vengono quindi prese in considerazione alternative quali ad esempio la proposta di trasformare gli ospedali sussidiati dai poteri pubblici in imprese indipendenti o persino di privatizzarli, attribuendo i sussidi dei Cantoni direttamente agli assicurati che soddisfano determinati criteri (come ad esempio scarsi mezzi finanziari o costi elevati delle cure). Per mantenere chiaramente la responsabilità dei partner finanziari proponiamo di sancire a livello legislativo la ripartizione del finanziamento tra assicuratori e Cantoni. La pianificazione dei Cantoni dovrà inoltre essere applicabile a tutte le persone soggette a questa legge, indipendentemente dall'esistenza di un'assicurazione complementare.

1 Parte generale

11 Genesi del progetto

Nel messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991² concernente il disegno della nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), sono stati mantenuti il sistema di finanziamento dell'assicurazione malattie mediante premi individuali pro capite, ma anche la partecipazione ai costi da parte dei pazienti e i sussidi erogati dai poteri pubblici. Per le cure ospedaliere si è implicitamente partiti dal presupposto che l'assicurazione malattie debba assumere solo una parte dei costi, poiché i Cantoni, che hanno degli obblighi in materia di cure ospedaliere, ne assumono pure loro una parte. Oltre a ulteriori provvedimenti, come la pianificazione ospedaliera, è così stata introdotta una parte del pacchetto di misure che era già contenuto nel progetto di revisione parziale (programma immediato) del 20 marzo 1987³, bocciato in votazione popolare il 6 dicembre 1987. Questi elementi sono poi stati ripresi nel controprogetto all'iniziativa delle casse malati⁴ (cfr. rapporto della Commissione del

¹ RS 832.10

² FF 1992 I 65

³ 81.044 Legge federale sull'assicurazione contro le malattie, modifica del 20 marzo 1987; FF 1987 I 816 segg., 822-823, 826-827

⁴ 88.014 Iniziativa popolare federale "Per un'assicurazione malattia finanziariamente sopportabile" (Iniziativa delle casse malati)

Consiglio degli Stati concernente un controprogetto a livello di legge⁵) in quanto la loro necessità non era mai stata contestata seriamente. Questi provvedimenti non sono stati messi in discussione in linea di principio nemmeno nel quadro della revisione dell'assicurazione malattie, entrata in vigore nel 1996. Di conseguenza, è stata assunta nella legislazione formale una ripartizione del finanziamento introdotta nella prassi.

12 Obiettivi politici

Conformemente alla ripartizione costituzionale delle competenze, il sistema sanitario rappresenta un compito pubblico che spetta ai Cantoni (art. 3 Costituzione federale (Cost.)⁶). Dal canto suo, la Confederazione ha infine la responsabilità perché la popolazione possa assicurarsi a condizioni sopportabili contro i rischi di malattia e infortunio (art. 34bis Cost.) e di conseguenza perché l'assicurazione malattie e infortuni rimanga un'assicurazione sociale (cfr., a proposito dell'intera questione, GAAC 48 (1984) p. 492 segg.).

Nel settore sanitario, i regolamenti federali e cantonali non possono quindi essere disgiunti, ma devono essere armonizzati. Nell'ambito dell'assicurazione malattie, detta competenza dei Cantoni nel settore ospedaliero è stata evidenziata anche dal fatto che negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico l'assicurazione malattie può assumere al massimo il 50% dei costi fatturabili (art. 49 cpv. 1 LAMal). Ai Cantoni è stato inoltre conferito il compito di pianificare le cure ospedaliere e di allestire un elenco degli ospedali autorizzati ai sensi dell'assicurazione malattie (art. 39 cpv. 1 LAMal).

Oltre al fatto che impiegando parte del gettito fiscale per sussidiare il settore ospedaliero ne consegue una ripartizione più sociale degli oneri rispetto ad un puro finanziamento tramite premi, così facendo i Cantoni sono stati obbligati indirettamente ad assumersi parte delle conseguenze dei loro investimenti nel settore ospedaliero, finanziando una parte delle spese di gestione che insorgono a seguito degli investimenti effettuati. Tale misura ha però anche lo scopo che i Cantoni siano coerenti nell'osservare l'obbligo di pianificare ed in particolare la coordinazione nella pianificazione, nel finanziamento e nell'occupazione degli ospedali, cosa che condurrà a un'ottimizzazione dell'impiego delle risorse. Un contenimento dei costi dovrà essere realizzato, da un lato, evitando la creazione o il mantenimento di capacità inutili e, dall'altro, mettendo a disposizione e utilizzando congiuntamente, in modo coordinato e in funzione del fabbisogno, le capacità effettivamente necessarie. Per questo nel settore ospedaliero è stata prescritta una gestione statale. Inoltre provvedimenti inerenti al diritto dei cartelli devono incentivare la concorrenza in ambito tariffario (art. 46 cpv. 3 LAMal). Abbinando misure intervenzionistiche e misure di promozione della concorrenza si voleva influire sul settore economicamente più oneroso della sanità pubblica. Tale obiettivo era ampiamente incontestato anche in Parlamento.

⁵ Modifica della legge federale sull'assicurazione contro le malattie del 17 ottobre 1988; FF 1988 III 1105 segg., 1111-1114.

⁶ RS 101

13 Fase introduttiva

Nella prima fase d'applicazione della nuova legge, entrata in vigore il 1° gennaio 1996, andavano già delineandosi diversi problemi connessi all'esecuzione. Non da ultimo, le interpretazioni divergenti circa la questione dell'assunzione dei costi in caso di ospedalizzazione extracantonale e l'emanazione di elenchi ospedalieri fondati su queste interpretazioni hanno provocato una miriade di ricorsi al Consiglio federale (art. 53 LAMal). I ricorsi si riferivano per la maggior parte agli elenchi degli ospedali e delle case di cura, che i Cantoni devono emanare sulla base della loro competenza di cui all'articolo 39 LAMal. In misura minore sono state contestate le tariffe di ospedali, case di cura, organizzazioni spitex e altri fornitori di prestazioni a carattere ambulatoriale (medici, levatrici).

Nel settore delle tariffe ospedaliere le discussioni vertevano soprattutto sull'entità del grado di copertura negli ospedali pubblici e in quelli sussidiati dall'ente pubblico. Continuando a richiedere ai Cantoni di finanziare parzialmente i costi del settore ospedaliero la LAMal ha ripreso implicitamente la garanzia del deficit applicata dalla LAMI, concetto a dire il vero estraneo al sistema nella nuova legge. Si è potuto constatare che la parte dei costi coperti dall'assicurazione malattie nella maggior parte degli ospedali pubblici e di quelli sussidiati dall'ente pubblico oscillava tra il 40 e il 50%; in alcuni (pochi) superava persino il 50%. Considerando questi dati rimaneva un margine di manovra assai esiguo per poter aumentare le tariffe in base al grado di copertura. La mancanza di trasparenza dei costi constatata in diverse procedure di ricorso ha fatto sì che i costi fatturabili possano essere determinati solo con difficoltà, motivo per cui gli aumenti di tariffa sono stati concessi dal Consiglio federale unicamente con molta reticenza.

Fin dall'entrata in vigore della LAMal, tra i Cantoni e gli assicuratori malattia vi è stata una divergenza d'interpretazione dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal circa i contributi alle ospedalizzazioni extracantonali indicate per motivi di ordine medico. Il pomo della discordia era costituito dall'incertezza se il Cantone debba versare il sussidio per la cura extracantonale indipendentemente dal tipo di reparto in cui viene effettuata la cura.

In due sentenze di principio⁷, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha deciso nel dicembre 1997 che l'obbligo del Cantone di fornire contributi in caso di degenza ospedaliera extracantonale sussiste indipendentemente dal tipo di reparto di un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico. Il TFA è partito dal presupposto che in caso di degenza nel reparto privato o semiprivato i costi vengono rimborsati conformemente alle tariffe del reparto comune del rispettivo ospedale, come se l'assicurato fosse stato ricoverato nel reparto comune. Se un ospedale non dispone di un reparto comune, vengono applicate tariffe di riferimento. Considerato che l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie non dipende dal fatto che una persona assicurata sia stata effettivamente ricoverata nel reparto comune, non vi sarebbero ragioni che giustificino che un'analoga prestazione del Cantone venga negata in presenza delle stesse circostanze. Oltre che sui lavori preparatori, i quali non contengono altre indicazioni e sul fatto che l'espressione "reparto comune" non è menzionata nell'articolo 41 capoverso 3 LAMal, il TFA si è basato soprattutto sulle finalità dell'introduzione di questa disposizione, vale a dire sulla

⁷ DTF 123 V 290 segg., 310 segg.

compensazione degli oneri e il migliore coordinamento tra i Cantoni. La compensazione dovrebbe aver luogo tra Cantoni (piccoli) che per motivi di politica sanitaria non offrono determinate prestazioni ospedaliere e Cantoni che dispongono di infrastrutture ospedaliere estese, cofinanziate dalle imposte degli abitanti del Cantone. Nel contempo, il TFA ha pure deciso che la disposizione in questione non è applicabile agli ospedali non sussidiati, in quanto l'obbligo di compensazione imposto al Cantone di domicilio, come recita esplicitamente la legge, ha validità unicamente nel caso degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, mentre per gli ospedali non sussidiati le tariffe per i pazienti extracantonali e quelle per i pazienti del Cantone in cui è ubicato l'ospedale sono normalmente le stesse. I costi fatturati dovrebbero quindi corrispondere alle tariffe dell'ospedale in questione, motivo per cui la questione relativa a un obbligo della compensazione non ha ragione d'essere. Il TFA non si è pronunciato circa la questione se i Cantoni debbano versare un sussidio alle cure di assicurati in reparto privato o semiprivato anche all'interno del Cantone stesso. Sulla base della sistematica della LAMal, si può partire dall'idea che una decisione del tribunale al riguardo potrebbe essere presa in favore dell'obbligo contributivo da parte dei Cantoni per le cure intracantonali di persone al beneficio di un'assicurazione privata o semi-privata.

In merito alla regolamentazione del finanziamento delle cure ospedaliere extracantonali di pazienti al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata è stata ratificata una convenzione tra i Cantoni e gli assicuratori-malattie. La convenzione vale fino al 31 dicembre 2000 e può essere prorogata di un anno. Come alternativa ad un altro regolamento puntuale, nell'ambito di questa revisione parziale deve essere proposta una regolamentazione definitiva che comprenda anche la questione ancora aperta relativa agli assicurati in reparto privato o semiprivato sottoposti a cure all'interno del Cantone.

14 Effetti sociopolitici

Il carattere obbligatorio della nuova legge (art. 3 LAMal) e il relativo catalogo delle prestazioni (art. 24 LAMal) garantiscono a tutte le persone domiciliate in Svizzera l'accesso ad un largo ventaglio di prestazioni mediche. Inoltre, non è più possibile limitare nel tempo le prestazioni in caso di cure ospedaliere. In tal modo è garantito a tutti gli assicurati - senza riserve - il medesimo accesso alle stesse prestazioni. Le prestazioni supplementari dovrebbero essere facoltative e assicurabili separatamente con rispettivi premi specifici disciplinati secondo le regole del diritto relativo alle assicurazioni private. Questo principio è valido tanto per le cure ambulatoriali e semiospedaliere quanto per le cure ospedaliere.

Le nuove disposizioni si ripercuotono fra l'altro anche sul finanziamento del settore ospedaliero. La parte di finanziamento a carico delle economie domestiche private si è ridotta nel 1996, la parte a carico dell'assicurazione malattie è invece aumentata (Tabella "Costi e finanziamento degli ospedali", nell'allegato). Ciò era dovuto in gran parte all'assunzione illimitata nella durata dei costi ospedalieri, la quale costituiva un importante aspetto sociopolitico del disegno di legge. La parte assunta dai poteri pubblici nel finanziamento degli ospedali si è mossa più o meno ai livelli degli anni precedenti. Una certa tendenza allo sgravio dei poteri pubblici mediante l'assicurazione malattie (finanziata con premi pro capite) è tuttavia stata appurata per quanto riguarda le prestazioni complementari all'AVS/AI e l'assistenza sociale, settori, questi,

finanziati interamente o in parte mediante imposte prelevate in modo progressivo rispetto al reddito. Va pure sottolineato che generalmente la parte dei Cantoni al finanziamento degli ospedali sta di nuovo riducendosi in modo generale dall'inizio degli anni Novanta. Se questo ritiro graduale dei Cantoni dal finanziamento degli ospedali dovesse ancora accentuarsi, potrebbero risultarne – specialmente se si considera che alcuni Cantoni auspicano la trasformazione degli ospedali in società anonime – gravi effetti di redistribuzione per la politica sociale.

15 Problemi d'applicazione di carattere generale

Per quanto riguarda gli aspetti fondamentali e le motivazioni a favore di una revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie nel campo del finanziamento degli ospedali, rinviando al messaggio del Consiglio federale del 21 settembre 1998⁸ che verte sulla fissazione dei sussidi federali nell'assicurazione malattie e su una revisione parziale della LAMal. Va comunque ribadito lo scopo della revisione parziale proposta, che non consiste nel modificare radicalmente i meccanismi fondamentali che reggono la legge. Un simile intervento sarebbe ancora prematuro, in quanto il tempo intercorso dalla sua entrata in vigore non ha ancora consentito ai nuovi meccanismi di manifestare interamente i loro effetti. La revisione parziale si propone piuttosto di introdurre modifiche sicché i diversi elementi del sistema possano funzionare senza difficoltà maggiori. A tale scopo occorre eliminare le ambiguità e migliorare il funzionamento dei meccanismi esistenti. Bisogna soprattutto orientare gli incentivi in modo più coerente all'obiettivo costituito dal contenimento dei costi. Ciò significa distanziarsi dal principio della copertura dei costi, contenuto implicitamente nella legge, che deve essere sostituito dal finanziamento di prestazioni. A proposito del finanziamento ospedaliero e del contenimento dei costi sono del resto stati presentati numerosi interventi parlamentari. Nelle relative risposte, il Consiglio federale ha sempre dichiarato che, prima di prendere in considerazione una modifica fondamentale del sistema (p. es. la completa eliminazione dei sussidi agli ospedali), il sistema della LAMal dovrà manifestare i suoi effetti.

Il maggior orientamento degli incentivi economici verso l'obiettivo del contenimento dei costi comporta inoltre che dei criteri imprenditoriali assumano sempre più importanza nel settore ospedaliero. Ciò significa da un lato che coloro i quali prendono le decisioni si assumono una maggiore responsabilità e, d'altro lato, un rischio più elevato. Se si parte da un'ottica imprenditoriale andrebbero smantellate le strutture che si rivelano inadeguate. Citiamo ad esempio il diverso finanziamento delle spese d'investimento (finanziate dai Cantoni) e di gestione (finanziamento duale): gli investimenti non sono mai indipendenti dalla gestione ed influiscono anche sempre sulle spese di gestione (offerta di prestazioni, ammortamenti). Inoltre con la nascita di nuove forme di investimento, soprattutto del leasing, la separazione tra spese d'investimento e di gestione non è più così netta. Ciò giustifica l'adozione di una visione globale e significa che sia per le spese di gestione che d'investimento devono valere le stesse regole di finanziamento. Del resto per spingere maggiormente la direzione ospedaliera ad impiegare criteri imprenditoriali bisogna anche promuovere gli strumenti di gestione adeguati.

⁸ FF 1999 (non ancora pubblicato)

Il gruppo di lavoro interdipartimentale "Prospettive di finanziamento delle assicurazioni sociali (IDA FiSo 2)", incaricato dal Consiglio federale di esaminare i provvedimenti di riduzione e ampliamento delle prestazioni delle assicurazioni sociali, nell'ambito dell'assicurazione malattie ha incluso nelle proprie considerazioni anche il finanziamento degli ospedali. Per quanto concerne l'assicurazione malattie in generale, il gruppo di lavoro è giunto alla conclusione che i provvedimenti già presi nel vigente sistema o per lo meno compatibili con esso possono comportare un contenimento accresciuto dell'aumento dei costi pari a 0,4-0,8 punti percentuali dell'imposta sul valore aggiunto. Ha peraltro precisato che provvedimenti più severi infrangerebbero l'attuale sistema rendendone necessaria una riforma radicale. Facendo riferimento alla pianificazione ospedaliera di diversi Cantoni e alle osservazioni di diversi rappresentanti del settore sanitario, il rapporto IDA FiSo 2 stima che, riducendo della metà le sovraccapacità nel settore ospedaliero, il potenziale di risparmio ammonterebbe al 5% delle spese totali dell'assicurazione malattie. Ciò corrisponderebbe a circa 930 milioni di franchi (preventivo 1998: 18,6 miliardi di franchi).

2 Caratteristiche del disegno

L'aumento dei costi nell'assicurazione di base persiste anche dopo l'entrata in vigore della legge. Tuttavia, dopo il 1996, considerato anno transitorio, si può constatare un assestamento:

Anno	Evoluzione dei costi nell'assicurazione di base
1996	+ 10.2 %
1997	+ 5.5 %
1998	+ 4.9 %
1999	+ 3,7 %

Fonte:

- 1996, 1997: Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Statistik über die Krankenversicherung / Statistique de l'assurance-maladie, p. 45.
- 1998, 1999: secondo le previsioni medie degli assicuratori-malattie nel calcolo dei premi 1998 e 1999.

Occorre rilevare che il settore ospedaliero provoca circa il 30 per cento dei costi dell'assicurazione malattie (assicurazione di base). Inoltre, i Cantoni partecipano in modo determinante all'assunzione dei costi per le cure ospedaliere. Essi non sussidiano solamente almeno la metà delle spese di gestione per i reparti comuni degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, ma assumono anche le spese d'investimento come pure di formazione e di ricerca. In tal senso è infatti impostato l'articolo 49 nell'attuale versione. Negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico vi è una parte molto maggiore di giorni di cura rispetto agli ospedali non sussidiati.

Allegato: tabelle e rappresentazioni grafiche relative all'evoluzione e al finanziamento dei costi ospedalieri.

Nell'ambito delle assicurazioni complementari, gli ospedali non ricevono tuttavia alcun sussidio. Pertanto, le tariffe per la degenza nel reparto privato o semiprivato dovrebbero coprire i costi. A questo punto occorre aggiungere che le tariffe, come si presentano attualmente, si riferiscono di fatto alla degenza in un determinato reparto. A ciò è in particolare legato il fatto che, oltre ad un importo forfettario parziale per la degenza e la cura, tutte le prestazioni sono fatturate separatamente e che vengono aggiunti supplementi in particolare per le prestazioni mediche. Questo ha avuto anche come conseguenza che, nonostante l'introduzione di un obbligo assicurativo generale, sia le regole tariffarie della legge, sia i sussidi dell'ente pubblico hanno continuato ad essere applicati solamente per la degenza nel reparto comune di un ospedale.

Si è anche potuto constatare che, nonostante gli sforzi intrapresi per contenere i costi, molti dei provvedimenti per principio possibili non sono stati adottati o lo sono stati in modo insufficiente. I modelli di importo forfettario per singolo caso, ad esempio, rappresentano tuttora un'eccezione fra le tariffe ospedaliere in vigore. Altrettanto accade per i budget globali. Nei Cantoni la pianificazione ospedaliera è stata allestita entro il termine stabilito (fine 1997 secondo l'art. 2 cpv. 2 dell'ordinanza del 12 aprile 1995 concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie⁹), mentre nel quadro dei ricorsi finora esaminati sono state chiarite in buona parte le questioni ancora aperte. Ora, allo scopo di favorire l'applicazione della legge e dei principi su cui poggia, il presente disegno è volto, da un lato, a rafforzare la funzione di contenimento dei costi del sistema di finanziamento nell'ambito ospedaliero, e d'altro lato a promuovere l'introduzione di un'assicurazione malattie sociale autonoma, senza modificare sostanzialmente il sistema del finanziamento degli ospedali. La presente proposta di revisione è pertanto parte integrante dell'intera revisione parziale prevista per gli anni 2000 e 2001.

21 Prestazioni

Nell'ambito stazionario l'assicurazione malattie obbligatoria copre le cure mediche e la degenza nel reparto comune degli ospedali (art. 49 cpv. 1 LAMal). L'espressione "reparto comune" è stata introdotta nella legge al fine di circoscrivere il volume delle prestazioni. La sentenza del TFA citata al punto 13 ha confermato questa opinione anche per il nuovo diritto. In tal modo è stata ripresa un'espressione utilizzata nel vecchio diritto per designare il prodotto assicurativo, cosa che, considerato quanto esposto precedentemente, non può essere idonea per descrivere le prestazioni della LAMal. Proponiamo pertanto di stralciare quest'espressione e di stabilire che la degenza in ospedale fa parte del catalogo delle prestazioni della legge.

⁹ RS 832.101

22 Fornitori di prestazioni

La legge ha introdotto la pianificazione ospedaliera quale compito dei Cantoni. In tal modo resta in vigore la ripartizione dei compiti descritta al punto 12. La condizione per l'autorizzazione ad esercitare in qualità di fornitore di prestazioni e per l'obbligo di prestazione dell'assicurazione malattie sociale consiste nella presa in considerazione nell'ambito della pianificazione ospedaliera e nell'ammissione nell'elenco degli ospedali ai sensi dell'articolo 39 LAMal. Pertanto, anche secondo la concezione caldeggiata dal Tribunale federale delle assicurazioni, l'assunzione delle spese non dovrebbe in alcun modo dipendere dal fatto che le cure ospedaliere avvengano nel reparto comune o in quello privato o semiprivato. Di conseguenza, tutte le capacità ospedaliere devono essere comprese nella pianificazione del fabbisogno e la differenziazione secondo i reparti non risulta giustificata. Viene con ciò rafforzato uno strumento volto a contenere le spese previsto dalla legge. Per questi motivi, proponiamo di stabilire esplicitamente che la pianificazione ospedaliera e quindi anche l'elenco degli ospedali debbano comprendere tutte le prestazioni da assumere ai sensi della LAMal. Inoltre, l'obbligo di pianificazione va esteso agli istituti che offrono cure semiospedaliere, in ragione dell'attribuzione delle cure semiospedaliere all'ambito ospedaliero (cfr., più avanti, l'articolo 49 capoverso 1).

23 Scelta e assunzione dei costi

L'introduzione della pianificazione ospedaliera ha avuto ripercussioni sulla scelta dei fornitori di prestazioni in quanto la questione di sapere quali siano gli ospedali che possono essere scelti dagli assicurati è stata interpretata in modo diverso dai Cantoni e dagli assicuratori. Il Tribunale federale delle assicurazioni non ha avuto ancora occasione di esprimersi in merito all'obbligo d'assunzione delle prestazioni. Proponiamo pertanto di completare il capoverso 1 dell'articolo 41 affinché sia chiaro che gli assicurati hanno la scelta fra tutti gli ospedali compresi nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio.

24 Tariffe

L'ambito tariffario costituisce il fulcro del presente disegno. Ne emerge in particolare l'idea di concorrenza. Tale concetto è messo in evidenza dalle disposizioni dell'articolo 46 capoverso 3 LAMal volte ad impedire che i fornitori di prestazioni violino la legislazione in materia di cartelli. Uno degli obiettivi del presente disegno è anche di rafforzare tale concetto di concorrenza. In particolare occorre attenersi fondamentalmente al sistema delle tariffe forfettarie. Tuttavia, si deve rafforzare la tendenza verso un finanziamento relativo alle prestazioni e quindi abbandonare il sovvenzionamento degli oggetti (stabilimenti) finora abitualmente praticato. Peraltro si intende sancire esplicitamente nel testo di legge la partecipazione finanziaria dei Cantoni.

Inoltre, con lo stralcio proposto dell'espressione "reparto comune", viene a cadere la differenziazione a seconda del luogo di degenza dell'assicurato. Pertanto, in seguito alle citate decisioni del TFA, questo sistema sarà applicabile anche per l'ospedalizzazione all'interno del Cantone di domicilio. In futuro, quindi, l'assunzione dei costi sia da parte degli assicuratori malattie, sia da parte dei poteri pubblici deve dipendere esclusivamente dal fatto che il fornitore di prestazioni sia idoneo e autorizzato ad effettuare la cura.

3 Parte speciale: Commento alle singole disposizioni

Articolo 23 capoverso 1

Conformemente all'articolo 30 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal)¹⁰, l'Ufficio federale di statistica raccoglie i dati degli ospedali all'attenzione dell'UFAS. In virtù dell'articolo 14 della legge del 9 ottobre 1992¹¹ sulla statistica federale, i dati raccolti a fini statistici non possono essere utilizzati per altri scopi, a meno che una legge federale non prescriva espressamente un'altra utilizzazione. Per aderire a questa condizione, proponiamo di modificare la formulazione dell'articolo 23 LAMal.

Articolo 23 capoverso 2

Siccome con la modifica di legge non sarà più fatta alcuna distinzione tra una prestazione fornita da un ospedale pubblico rispettivamente da un ospedale sussidiato dall'ente pubblico o da un ospedale privato, lo stesso obbligo di partecipare all'allestimento delle statistiche va applicato espressamente all'insieme dei fornitori di prestazioni.

Articolo 23 capoverso 3

È emerso che i Cantoni hanno bisogno degli stessi dati per poter adempiere l'obbligo di realizzare una pianificazione ospedaliera che comprenda in particolare anche gli ospedali privati. Sarebbe pertanto auspicabile che pure i Cantoni possano accedere ai dati rilevati nell'ambito della statistica ospedaliera.

Articolo 25 capoverso 2 lettera e

Al punto 21 è stato già menzionato che la nozione di "reparto comune" deve essere stralciata. Ciò non significa assolutamente che la degenza in ospedale debba essere assunta indipendentemente dai costi. Tenuto conto delle condizioni generali per l'assunzione dei costi ai sensi dell'articolo 32 LAMal (prestazioni efficaci, appropriate ed economiche) e del principio dell'economicità ai sensi dell'articolo 56 LAMal, l'assunzione dei costi di degenza deve chiaramente limitarsi a quanto è adeguato allo scopo della cura. Ulteriori prestazioni quali la degenza in una camera singola o doppia, indipendenti dallo stato di salute, continuano ad essere escluse dalla LAMal e possono essere assicurate mediante prodotti assicurativi complementari soggetti al diritto delle assicurazioni private.

¹⁰ RS 832.102

¹¹ RS 431.01

Articolo 25 capoverso 2 lettera f

Le cure semiospedaliere non sono dispensate solo negli istituti di cure semiospedaliere, ma possono essere offerte anche dagli ospedali. Si propone di modificare in tal senso il testo tedesco.

Articolo 35 capoverso 2 lettera i

In base all'articolo 25 capoverso 2 lettera f, la formulazione tedesca va modificata anche in questo caso.

Articolo 39 capoverso 1 lettere d e e come pure capoversi 2 e 3

Vi sono incertezze riguardo alla portata dell'obbligo di pianificazione da parte dei Cantoni. In vista dell'applicazione delle regole di finanziamento (in seguito vedi l'art. 49 cpv. 2) alla cura di tutti gli assicurati, proponiamo per chiarezza di menzionare esplicitamente l'obbligo di pianificazione per tutte le persone soggette alla LAMal. Risulta così illecita la differenziazione tra gli assicurati, riscontrabile spesso nella prassi, fondata sulla loro copertura assicurativa. Inoltre, si dovrebbe ulteriormente sottolineare il fatto che un Cantone può pianificare conformemente al fabbisogno unicamente se conosce il flusso dei pazienti e se può coordinare le sue capacità con i Cantoni vicini.

La suddivisione degli elenchi degli ospedali in categorie serve a descrivere le specialità mediche offerte. I compiti che un ospedale deve adempiere nel quadro della pianificazione cantonale sono descritti, tra l'altro, nel mandato di prestazioni. Il termine di "mandato di prestazioni" è stato spesso interpretato erroneamente, ossia come se un mandato implicasse in modo vincolante un obbligo di remunerazione. In base alla vigente giurisprudenza del Consiglio federale, ciò non risultava corretto¹². Con il mandato si assegnava piuttosto ad un ospedale un ventaglio di prestazioni, onde l'ospedale veniva ammesso nell'elenco ospedaliero. Da un mandato inteso in questo senso non poteva essere dedotto un obbligo finanziario per il Cantone. Se, giusta l'articolo 39 in relazione con l'articolo 49 capoverso 2, sia l'assicurazione malattie sia i Cantoni contribuiscono a remunerare le prestazioni fornite da quegli ospedali che figurano in un elenco di ospedali, dal profilo strettamente finanziario questa pratica risulta essere molto simile al pagamento di un mandato. Non si impone dunque la necessità di modificare la disposizione, in quanto, se sono le prestazioni ad essere finanziate e non più gli stabilimenti, la questione del finanziamento generale di un ospedale per l'adempimento del suo mandato non si pone più.

Articolo 39 capoverso 4

Nell'intento proposto di equiparare le cure semiospedaliere e quelle ospedaliere (per i particolari si veda l'art. 49 cpv. 1), proponiamo un'estensione relativa alla pianificazione in modo tale che per l'autorizzazione di istituti di cure semiospedaliere (art. 35 cpv. 2 lett. i) sia necessaria la pianificazione e l'iscrizione nell'elenco. Soltanto in questo modo il Cantone coinvolto nel finanziamento delle prestazioni potrà, da un lato, assumersi la propria responsabilità per quanto riguarda l'ampliamento e la manutenzione dell'infrastruttura e, d'altro lato, svolgere una funzione di gestione e coordinamento.

¹² Cfr. in proposito la decisione del Consiglio federale del 26 marzo 1997, RAMI 4/1997, p. 220 segg.

Articolo 41 capoverso 1

Proponiamo di completare il capoverso 1 affinché sia chiaro che gli assicurati hanno il diritto di scegliere fra tutti gli ospedali compresi nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio. Pertanto, secondo la prima frase di questo capoverso, gli assicurati possono liberamente scegliere tra i fornitori di prestazioni autorizzati. Sono considerati autorizzati gli ospedali e gli istituti di cure semiospedaliere che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato o nell'elenco del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente. Tuttavia – eccettuati i motivi d'ordine medico (art. 41 cpv. 2 LAMal) – l'assicurazione malattie assume i costi solo in base alla tariffa di quegli ospedali e istituti che offrono cure semiospedaliere iscritti nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato. Se l'assicurato, senza necessità per motivi d'ordine medico, sceglie un fornitore di prestazioni non iscritto nell'elenco del proprio Cantone di domicilio, ma autorizzato quale fornitore di prestazioni, allora per l'assicurato sussiste una protezione tariffaria, nel senso che il fornitore di prestazioni deve attenersi alla tariffa approvata o stabilita (art. 46 cpv. 4, art. 47 cpv. 2 LAMal). L'assicurazione malattie assume esclusivamente la parte dei costi che corrisponde alla tariffa degli ospedali e degli istituti di cure semiospedaliere che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato.

Articolo 41 capoverso 2 lettera b

Cogliamo l'occasione per chiarire anche il rapporto tra i capoversi 2 e 3 e proponiamo di ricordare soltanto che, se per una determinata cura o in caso di urgenza non può essere fatto ricorso a un fornitore di prestazioni che figura nell'elenco del Cantone di domicilio, l'assicurato ha il diritto di scegliere un altro fornitore di prestazioni. Riassumendo, l'assicurazione malattie assume i costi per cure ospedaliere o semiospedaliere se un fornitore di prestazioni figurante nell'elenco del Cantone di domicilio è idoneo alla cura, oppure se per motivi di ordine medico si deve ricorrere ad un altro fornitore di prestazioni non figurante sull'elenco del Cantone di domicilio. Siccome ci si muove in un sistema assicurativo autonomo, anche in quest'ultimo caso è concesso di emettere fatture a carico dell'assicurazione malattie solamente a fornitori di prestazioni autorizzati ai sensi delle disposizioni della legge.

Articolo 41 capoverso 3

Questa disposizione stabiliva in quale misura il Cantone di domicilio fosse tenuto a contribuire ai costi nel caso in cui la cura non era offerta da un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico nel Cantone di domicilio, o se non era possibile ricorrere ad un tale ospedale. Le sentenze del TFA citate precedentemente hanno chiarito in quale misura l'obbligo di contribuire ai costi dipenda dal luogo di degenza dell'assicurato. Nell'articolo 49 proponiamo di estendere la regola di finanziamento a tutti i reparti ospedalieri e a tutti i tipi di ospedale. Il rinvio all'articolo 49 è volto ad armonizzare gli articoli 49 e 41. Occorre pertanto sottolineare che il Cantone di domicilio è tenuto ad assumere la parte dei costi dovuta ai sensi dell'articolo 49 non soltanto all'interno del Cantone, ma anche al di fuori di esso, indipendentemente dal fatto che l'ospedale in questione figuri o meno nel suo elenco.

Articolo 49 titolo mediano

Considerato che si propone di sottoporre allo stesso regime finanziario il settore semiospedaliero e quello ospedaliero, occorre adeguare di conseguenza il titolo dell'articolo 49.

Articolo 49 capoverso 1

Per le tariffe degli ospedali pubblici e sussidiati dall'ente pubblico è attualmente prescritto un grado di copertura dei costi da parte dell'assicurazione malattie che non superi il 50% delle spese di gestione fatturabili nel reparto comune per gli abitanti del Cantone. Non vi è alcuna prescrizione circa il modo in cui vadano coperti i costi rimanenti. Ciononostante, sulla base dell'obbligo dei Cantoni di provvedere alle cure ospedaliere, si parte dal presupposto che i Cantoni contribuiscano anche al finanziamento della gestione dell'infrastruttura ospedaliera da essi istituita o promossa, e che ne coprano in particolare i disavanzi. Questo ha fatto sì che i Cantoni finanziassero le istituzioni al posto delle prestazioni. Allo scopo di correggere gli incentivi (sbagliati) dell'attuale finanziamento per stabilimento, in un'ottica economica risulta opportuno introdurre su vasta scala il sistema del finanziamento delle prestazioni mediante cosiddetti importi forfettari per caso o per reparto. Tale finanziamento per soggetto ha il vantaggio che il denaro affluisce dove viene fornita la prestazione. La remunerazione della prestazione medica avviene secondo il classico importo forfettario per caso (DRG = Diagnosis Related Group) in funzione della rispettiva diagnosi: per una determinata prestazione (p. es. appendicectomia) viene rimborsato un importo predefinito. Nel caso di pazienti che soffrono di malattie multiple (e di pazienti lungodegenti), invece, non è possibile ricorrere ad importi forfettari per caso, in quanto questi non rispecchiano in modo sufficientemente esatto il decorso della malattia e i mezzi necessari caratteristici ad ogni caso, che possono essere collegati ad una determinata cura medica. In questi casi si può ottenere una differenziazione servendosi degli importi forfettari per reparto oppure, allo scopo di tener conto delle caratteristiche individuali dei pazienti, delle PMC's (Patient Management Categories), le quali considerano per esempio l'età, il sesso, la costituzione fisica, ecc.. È importante che tutte queste forme di remunerazione siano strutturate secondo sistemi di classificazione unitari, affinché sia possibile attuare confronti su tutto il territorio nazionale e adottare una remunerazione intercantonale semplice. A tale scopo si intendono introdurre a livello nazionale strutture unitarie passibili di poter essere suddivise in categorie. Ciò significa che per prestazioni diverse, anche in un settore determinato (p. es. ginecologia), possono essere applicati parallelamente diversi sistemi forfettari (p. es. importi forfettari per caso, importi forfettari giornalieri). Analogamente al sistema previsto nell'articolo 43 capoverso 5 LAMal per le tariffe per singola prestazione, l'elaborazione di queste strutture spetta in primo luogo ai partner tariffali. Il Consiglio federale interverrebbe solo nel caso in cui ciò non avvenisse entro il termine da lui fissato (cfr., più avanti, la disposizione transitoria).

Come già evidenziato, uno degli scopi della presente proposta di revisione è quello di rafforzare la funzione di contenimento dei costi svolta dal sistema di finanziamento nel settore ospedaliero. Lo stesso obiettivo era stato perseguito introducendo la partecipazione ai costi per la degenza in ospedale, con la quale si intendeva rafforzare la consapevolezza degli assicurati riguardo ai costi e riuscire a contenere un consumo medicalmente non necessario di pre-

stazioni mediche. Per gli assicurati non doveva più esservi alcun incentivo a far eseguire in ospedale cure che potessero essere effettuate anche in ambulatorio o in regime semiospedaliero. In relazione alle attività operatorie, il limite spesso fluttuante fra cura semiospedaliera e cura ospedaliera ha tuttavia fatto sì che, in seguito al diverso finanziamento, mancasse un incentivo sufficiente per raggiungere l'obiettivo perseguito con la menzione delle cure semiospedaliere, ossia il contenimento dei costi. Si è quindi piuttosto osservata una tendenza a ospedalizzare i pazienti privi di protezioni assicurative complementari. Di conseguenza non è stato sfruttato, o lo è stato solo in modo insufficiente, lo spazio di manovra che la legge concedeva ai partner tariffali per quanto concerne l'assetto delle cure semiospedaliere. Allo scopo di semplificare la distinzione e di proporre gli incentivi in modo adeguato, proponiamo di attribuire le cure semiospedaliere al regime di finanziamento del settore ospedaliero.

La definizione e la distinzione dei termini "ospedaliero", "semiospedaliero" e "ambulatoriale" hanno dato adito a differenze interpretative, in particolare tra i partner tariffali. È considerata "cura semiospedaliera" in particolare la cura e l'assistenza medica dispensate in cosiddette cliniche di giorno e di notte o in istituti della cosiddetta "one-day-surgery"; una caratteristica è la degenza in clinica, unica o ripetuta, principalmente di durata inferiore a ventiquattr'ore¹³. Come per la cura ospedaliera, anche per la cura semiospedaliera sono necessari un'infrastruttura ospedaliera come pure una sorveglianza e cure susseguenti in ambito ospedaliero. Una volta effettuata, la cura ambulatoriale non richiede invece né sorveglianza né cura in ambito ospedaliero. La durata della cura semiospedaliera di regola inferiore alle 24 ore può essere considerata come criterio di delimitazione rispetto alla cura ospedaliera. Nel contesto della conclusione, da parte dei partner tariffali, di convenzioni su importi forfettari e su importi forfettari per caso relativi alla cura ospedaliera e semiospedaliera, nella prassi si manifesteranno linee direttive per la distinzione dei settori ospedaliero, semiospedaliero e ambulatoriale. Poiché in questo settore non si è ancora delineata una prassi consolidata e continuano ad esistere differenze regionali marcate, la definizione deve essere stabilita a livello di ordinanza. Ciò risulta vantaggioso perché consente di prendere più facilmente in considerazione eventuali modifiche che dovessero risultare necessarie con l'andare del tempo.

Articolo 49 capoverso 1bis

In questo nuovo capoverso si fa riferimento alla possibilità, finora prevista nell'articolo 49 capoverso 2 LAMal, di una tariffazione separata per prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali che vengono fornite raramente e sono molto onerose (p. es. misure particolarmente complicate o l'impiego di alta tecnologia costosa). Le spese per simili prestazioni supplementari sono fatturate unicamente agli assicurati che le occasionano effettivamente. Esse sottostanno tuttavia alle stesse regole di finanziamento (cfr. l'art. 49 cpv. 2, qui di seguito).

Articolo 49 capoverso 2

Il disciplinamento menzionato nell'articolo 49 capoverso 1 ha fatto sì che oggi gli ospedali e gli assicuratori abbiano un esiguo margine di manovra per accor-

¹³ Messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia, FF 1992 I 138

darsi sui prezzi della cura ospedaliera. I costi computabili per la tariffazione sono infatti definiti ed esiste un margine di manovra nelle trattative unicamente per quanto riguarda la definizione precisa e le sovraccapacità, nonché a proposito del livello del grado di copertura dei costi. In questo modo è statuita una garanzia della copertura dei costi senza tener conto del rapporto tra i prezzi e le prestazioni, e questo in contraddizione con il proposito di concorrenza della legge.

Proponiamo quindi di non parlare più di costi fatturabili, bensì di remunerazione. Quest'ultima sarà assunta di regola per metà dagli assicuratori e per metà dal Cantone di domicilio della persona assicurata. In base a considerazioni proprie della politica sociale, i Cantoni saranno nondimeno lasciati liberi di decidere se prendere a carico una parte superiore alla metà della remunerazione. In futuro saranno considerati nel finanziamento anche le spese d'investimento soprattutto perché la netta divisione tra spese di gestione e d'investimento nell'ambito del finanziamento ospedaliero dà un'immagine che non corrisponde alla prassi aziendale. Tuttavia, nel quadro della remunerazione, non saranno retribuite le spese per la formazione e la ricerca. In tal modo vi sarà da un lato uno sgravio finanziario per i Cantoni (cfr. allegato). D'altro lato sarà in compenso fissato l'obbligo del loro finanziamento. Contemporaneamente, la nuova regola di finanziamento viene estesa agli enti privati che partecipano alla copertura del fabbisogno, i quali possono quindi essere integrati negli elenchi cantonali. Quest'ultimo fatto si giustifica in quanto garantisce il pari trattamento degli ospedali e evita distorsioni della concorrenza. Procedendo in questo modo, l'intera capacità secondo il fabbisogno è sottoposta allo stesso regime di finanziamento.

La possibilità di regolamentazione, contenuta nella variante del capoverso 2, scarta del tutto la possibilità di una ripartizione fissa, tra assicuratori e Cantoni di domicilio, della parte della remunerazione dei fornitori di prestazioni da assumere e stabilisce solamente che gli assicuratori devono assumere al massimo la metà dell'importo.

In seguito alla soppressione proposta del termine "reparto comune", viene inoltre meno una distinzione secondo il luogo di degenza degli assicurati. Come conseguenza delle menzionate sentenze del TFA, questo sistema viene così fissato anche per l'ospedalizzazione nel Cantone di domicilio. In futuro, l'assunzione dei costi da parte degli assicuratori malattia e da parte dei poteri pubblici dipenderà dal fatto se il fornitore di prestazioni sia idoneo e autorizzato a eseguire le cure.

Articolo 49 capoverso 4

Anche per questo punto proponiamo di stralciare il termine "reparto comune". Considerato il carattere autonomo del sistema assicurativo, occorre inoltre rilevare che le prestazioni degli ospedali secondo la presente legge sono retribuite interamente con le remunerazioni secondo i capoversi 1 e 1bis. Ulteriori fatture come onorari supplementari per prestazioni mediche in caso di degenza nel reparto privato di un ospedale sono quindi escluse se si tratta di prestazioni previste dalla legge. Si tiene così conto del principio della protezione tariffale (art. 44) nel settore ospedaliero. Ovviamente, come per la degenza, anche in questo caso rimangono assicurabili, secondo il diritto delle assicurazioni private, ulteriori prestazioni non soggette alla LAMal.

Articolo 49 capoverso 5

Considerata la proposta di attribuire le cure semiospedaliere al settore ospedaliero, viene stralciato l'aggettivo "semiospedaliero".

Articolo 49 capoverso 6

Ai sensi della promozione dell'idea di concorrenza, gli ospedali dovranno lavorare maggiormente secondo le esigenze del mercato. Proponiamo quindi una disposizione che prescrive debbano gli ospedali disporre dei necessari strumenti di gestione di tipo finanziario. Nell'attuale articolo 49 capoverso 6 LAMal sono menzionate la contabilità analitica e la statistica delle prestazioni come strumenti che permettono di calcolare i costi e di registrare le prestazioni. Tuttavia, a seconda della lingua, cambia il significato del capoverso. Mentre la versione tedesca parla di "Kostenstellenrechnung", in quella francese si trova "comptabilité analytique" e in quella italiana "contabilità analitica". Ora, se si parte dalla definizione dell'espressione riportata nelle versioni francese e italiana, si intende la contabilità aziendale [Betriebsabrechnung] che comprende il calcolo dei costi [Kostenrechnung] (calcolo per tipi di costo [Kostenarten], per centri di costo [Kostenstellen] e per unità finali di imputazione [Kostenträger]) nonché la determinazione del risultato di gestione. È indiscusso che gli obiettivi della legge non possono essere raggiunti con la sola "Kostenstellenrechnung". Considerate le versioni francese e italiana, e nell'ottica di un'applicazione sensata degli obiettivi della legge, risulta opportuno sostituire, nel testo tedesco della stessa, l'espressione "Kostenstellenrechnung" con "Kostenrechnung".

Disposizione transitoria

Le strutture tariffarie proposte nell'articolo 49 capoverso 1 non possono essere realizzate dai partner tariffali in concomitanza con l'entrata in vigore della modifica della legge. Proponiamo pertanto di conferire al Consiglio federale la competenza di prevedere un termine per l'introduzione. Dato che le basi di calcolo sulle quali poggiano i sistemi di importi forfettari sono sviluppati in modo diverso nei diversi settori, l'introduzione deve poter avvenire gradualmente. Inoltre, gli investimenti, finora esclusi dalla tariffa, devono essere inclusi nel calcolo tariffario secondo un metodo uniforme, in modo da raggiungere un minimo di trasparenza e uniformità. La definizione di questo metodo deve essere lasciata al Consiglio federale.

Si può partire dal fatto che attualmente i Cantoni assumono oltre la metà delle spese di gestione computabili. Unitamente all'integrazione delle spese d'investimento nella remunerazione delle prestazioni, ne risulta un ulteriore aggravio dell'assicurazione malattie. D'altro canto l'estensione della regolamentazione sul finanziamento al settore semiospedaliero e l'ampliamento dell'obbligo contributivo alla cura di pazienti in reparto privato o semiprivato porta un ulteriore aggravio finanziario dei Cantoni. La distinzione netta tra assicurazione di base e complementare conduce ad uno spostamento degli oneri finanziari.

Per impedire ripercussioni repentine, le parti del finanziamento verranno adeguate gradualmente finché non sarà raggiunta la quota di remunerazione delle prestazioni (metà ciascuno) fissata nell'articolo 49 capoverso 2. Nei primi (ca.) cinque anni dall'introduzione della nuova regolamentazione la parte dell'assi-

curazione malattie alla remunerazione verrà aumentata, per gradi di un punto per cento, finché non raggiungerà il 50 per cento. Nel caso della variante all'articolo 49 capoverso 2 questa considerazione cade poiché i partner tariffali si accordano in anticipo su quale parte in per cento delle remunerazioni ognuno si dovrà assumere.

4 Ripercussioni finanziarie e sul personale

41 Ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie e per i Cantoni

Un certo sgravio dell'assicurazione malattie risulterà, da un lato, dal fatto che ora è sancito nella legge l'obbligo per i Cantoni di finanziare tutte le cure ospedaliere e, dall'altro, dalla partecipazione dei Cantoni ai costi del settore semiospedaliero. Un maggior onere finanziario per l'assicurazione malattie vi sarà invece a causa dell'assunzione della metà delle spese d'investimento. Occorre pure considerare il fatto che nella maggioranza dei Cantoni la parte delle spese di gestione fatturabili coperte dall'assicurazione malattie ammonta oggi a meno del 50 per cento. Si suppone inoltre che la separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare non sia ancora avvenuta interamente e che l'assicurazione complementare copra ancora costi che secondo il nuovo diritto vanno a carico dell'assicurazione di base.

Mancano dati statistici necessari al calcolo esatto degli spostamenti degli oneri finanziari causati dalla proposta revisione di legge e non verranno rilevati nel prossimo futuro. Per ottenere ciononostante determinati punti di riferimento circa gli effetti che ci si potrà attendere, da più parti sono state formulate diverse stime. Queste partono, da un lato, da ipotesi differenti circa il volume degli investimenti e l'importanza del settore semiospedaliero ma anche circa il grado di copertura delle spese di gestione degli ospedali rispettivamente da parte dell'assicurazione malattie e dei Cantoni. D'altro lato esse si basano su diversi principi di metodo. I risultati delle stime o delle estrapolazioni presentano alcune differenze dovute soprattutto all'imprecisione dei dati di base. Le diverse stime vanno considerate come indicazioni sull'ordine di grandezza degli spostamenti finanziari previsti.

Sulla base delle cifre contenute nei documenti ci si può attendere quanto segue:

- il finanziamento delle spese d'investimento, metà a carico dei Cantoni e metà a carico dell'assicurazione malattie, causerà presumibilmente un maggior onere per l'assicurazione malattie sociale situabile tra i 350 milioni e i 450 milioni di franchi circa, ciò che corrisponde a un corrispettivo sgravio dei Cantoni¹⁴;
- a causa della remunerazione della metà delle cure semiospedaliere, i Cantoni saranno verosimilmente gravati di circa 230 milioni di franchi supplementari;

¹⁴ Nella sua pubblicazione "Kosten des Gesundheitswesens / Coûts du système de santé 1996", l'Ufficio federale di statistica stima a 750 milioni di franchi gli investimenti pubblici negli ospedali e nelle cliniche psichiatriche. Sulla base di stime del Groupement romand de services en santé publique, dall'estrapolazione effettuata a livello nazionale risultano investimenti di 1 miliardo di franchi circa.

- il sovvenzionamento dei pazienti cantonali ed extracantonali che dispongono di un'assicurazione complementare provocherà presumibilmente ai Cantoni costi supplementari di almeno 760 milioni fino a circa un miliardo di franchi. Considerato che verosimilmente la separazione tra assicurazione di base e assicurazione complementare non è ancora attuata completamente, il menzionato aggravio per i Cantoni significa uno sgravio nettamente minore per l'assicurazione di base;
- globalmente, da un profilo statico occorre prevedere un aggravio per l'assicurazione malattie un po' superiore ai 200 milioni di franchi; d'altra parte per i Cantoni potrebbe risultare un aggravio di 700 milioni di franchi circa. L'assicurazione complementare beneficerebbe invece di uno sgravio.

I Cantoni assumono attualmente oltre la metà delle spese di gestione computabili. Per motivi sociopolitici, essi possono anche in futuro assumere una parte superiore alla metà della remunerazione. Il grado di copertura medio dei costi da parte dell'assicurazione malattie é oggi di circa 46 per cento. Ammettendo questo grado di copertura dei costi, ne risulterebbe - da un profilo prettamente statico - uno sgravio dei Cantoni di circa 400 milioni di franchi. In realtà non ne risulterà tuttavia un aggravio ulteriore dell'assicurazione malattie tale da assumere le proporzioni menzionate, poiché l'adeguamento ha luogo gradualmente e i Cantoni hanno la possibilità di assumere oltre la metà della remunerazione. Inoltre bisogna tener conto che le regolamentazioni proposte nella revisione parziale rafforzeranno gli incentivi mirati a contenere i costi; ci si deve anche attendere che gli effetti di ridimensionamento introdotti sulla base della pianificazione ospedaliera sortiranno sempre di più i loro effetti. L'aggravio ulteriore dell'assicurazione malattie causato dalla quota, per principio divisa a metà, di remunerazione delle prestazioni si concretizzerà quindi solo gradualmente e non nella misura sopra descritta. Per quanto riguarda l'aggravio menzionato dei Cantoni si può considerare che una sentenza di un tribunale concernente gli assicurati complementari intracantonali causerebbe pure un aggravio corrispondente. Se dovessero mancare dei provvedimenti correttivi, una sentenza di questo tipo sortirebbe effetti più drastici di quelli che risulterebbero con la revisione parziale. Accanto alla struttura degli incentivi atta a contenere i costi, questa revisione parziale contiene pur sempre anche dei provvedimenti che sgravano i Cantoni.

42 Ripercussioni sul personale della Confederazione

Visto che alla Confederazione non sono stati conferiti nuovi compiti, dovrebbe essere possibile far fronte al supplemento di lavoro nel quadro delle capacità di personale già richieste con il progetto del 9 marzo 1998.

5 Programma di legislatura

Il progetto relativo alla revisione parziale della Legge federale sull'assicurazione malattie non è annunciato nel programma di legislatura 1995 - 1999.

6 Relazione con la perequazione finanziaria tra la Confederazione e i Cantoni

La nuova perequazione finanziaria deve permettere di ripartire i compiti, le competenze e i flussi finanziari tra la Confederazione e i Cantoni nonché di chiarire le loro corrispettive responsabilità. Nell'ambito dei lavori relativi a un nuovo ordinamento sulla perequazione finanziaria tra la Confederazione e i Cantoni, si esamina una ripartizione dei compiti anche nel settore delle assicurazioni sociali. Il finanziamento ospedaliero non ne è direttamente interessato. Viene piuttosto sottoposta a verifica la determinazione legale di una pianificazione e di una ripartizione dei compiti nel settore della medicina di punta a livello nazionale, cosa che può eventualmente ripercuotersi sul finanziamento delle prestazioni della medicina di punta. Il rapporto finale del Gruppo di progetto 4 (assicurazioni sociali e politica sociale) propone essenzialmente la creazione di un accordo intercantonale con valore legale. La remunerazione delle prestazioni deve avvenire tramite importi forfettari per singolo caso, com'è nell'intenzione della proposta contenuta nella revisione parziale.

Indirettamente esiste tuttavia un nesso perché sia la nuova perequazione finanziaria sia la revisione parziale dell'assicurazione malattie hanno come conseguenza il trasferimento di oneri finanziari tra la Confederazione ed i Cantoni.

7 Basi giuridiche

71 Costituzionalità

Il progetto si fonda sull'articolo 34^{bis} della Costituzione federale.

72 Delega delle competenze legislative

L'articolo 96 delega al Consiglio federale le competenze normative necessarie all'attuazione dell'assicurazione malattie sociale (emanazione delle disposizioni esecutive). Il presente disegno autorizza inoltre il Consiglio federale ad emanare disposizioni negli ambiti seguenti:

Scelta e assunzione dei costi (art. 41 cpv. 3)

Convenzioni tariffali con gli ospedali (art. 49 cpv. 1 e 6)

Disposizioni transitorie

Appendice

Estrapolazione degli effetti finanziari della proposta relativa al finanziamento ospedaliero sulla base dei dati di otto cantoni

	Effetti sull'assicurazione di base	Effetti per i Cantoni
Costi supplementari per assicurato	+ 92 franchi	+ 111 franchi
- senza partecipazione dei Cantoni ai costi del settore semiospedaliero	+ 124 franchi	+ 79 franchi
Costi supplementari per 7.1 mio. di assicurati (popolazione residente alla fine del 1997)	+ 653.2 mio. di franchi	+ 788.1 mio. di franchi
- senza partecipazione dei Cantoni ai costi del settore semiospedaliero	+ 880.4 mio. di franchi	+ 560.9 mio. di franchi

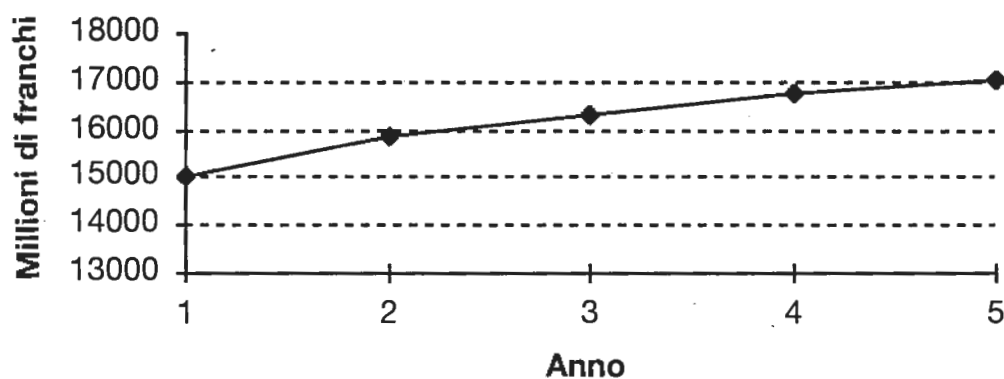
Estrapolazione effettuata in base ad una stima del Groupement romand des systèmes de la santé publique per otto Cantoni dell'ottobre 1998 (cifre del 1996). Le divergenze rispetto ai dati indicati alla cifra 4.1 dipendono da un lato dalle diverse ipotesi e fonti dei dati alla base delle stime. D'altro lato, le cifre riportate nella succitata tabella di cui sopra implicano l'ipotesi che tutti gli effetti della revisione si verifichino nello stesso momento.

Costi e finanziamento degli ospedali (assicurazione di base)

Anno	Economie domestiche	Assicurazioni sociali					Stato				Estero	Totale
		Casse malati	Ass. infortuni AINF	AVS-Al	Ass. militare	Totale	Confederazione	Cantoni	Comuni	Totale		
	mio. fr.											
1991	1'188	5'271	420	156	30	5'876	1	3'888	387	4'276	693	12'033
1992	947	5'894	490	175	28	6'587	1	3'911	446	4'357	715	12'606
1993	576	6'835	510	210	29	7'583	0	3'768	357	4'126	565	12'850
1994	902	6'825	483	220	23	7'551	0	3'812	301	4'113	611	13'177
1995	666	7'319	485	232	22	8'058	0	3'690	290	3'980	658	13'361
1996	169	8'142	485	237	20	8'884	0	3'884	356	4'240	635	13'928
	in %											
1991	9.9	43.8	3.5	1.3	0.2	48.8	0.0	32.3	3.2	35.5	5.8	100.0
1992	7.5	46.8	3.9	1.4	0.2	52.2	0.0	31.0	3.5	34.6	5.7	100.0
1993	4.5	53.2	4.0	1.6	0.2	59.0	0.0	29.3	2.8	32.1	4.4	100.0
1994	6.8	51.8	3.7	1.7	0.2	57.3	0.0	28.9	2.3	31.2	4.6	100.0
1995	5.0	54.8	3.6	1.7	0.2	60.3	0.0	27.6	2.2	29.8	4.9	100.0
1996	1.2	58.5	3.5	1.7	0.1	63.8	0.0	27.9	2.6	30.4	4.6	100.0

Fonte: OFS 1998: Les effets de la LAMal sur le financement du système de santé. /
BFS 1998: Der Einfluss des neuen KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens.

Costi degli stabilimenti per le cure ospedaliere (esclusi gli istituti per disabili)



Anno	Millioni di franchi
1991	15000,1
1992	15884,4
1993	16307,0
1994	16788,8
1995	17026,0

Fonte: Coûts du système de santé 1995, OFS, 1997. /
Kosten des Gesundheitswesens 1995, BFS, 1997.

Sussidi dei poteri pubblici agli ospedali

Enti privati
21%



Stabilimenti
pubblici
79%

Sussidi

Sussidi a stabilimenti pubblici

911'744'162,66 franchi

Stabilimenti privati sussidiati dai
poteri pubblici

242'182'182,35 franchi

Totale

1'153'926'345,01 franchi

Copertura del deficit

Copertura del deficit di stabilimenti pubblici

2'027'546'614,84 franchi

Copertura del deficit di stabilimenti privati
da parte dei poteri pubblici

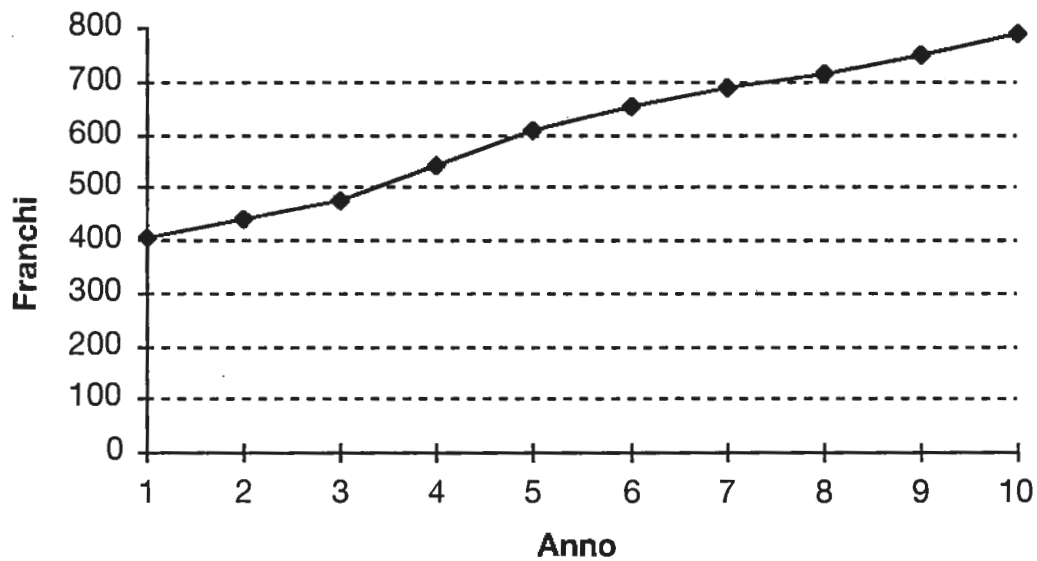
314'576'747,00 franchi

Totale

2'341'123'361,80 franchi

Fonte: Informazioni H+ sul conto 69, 1998.

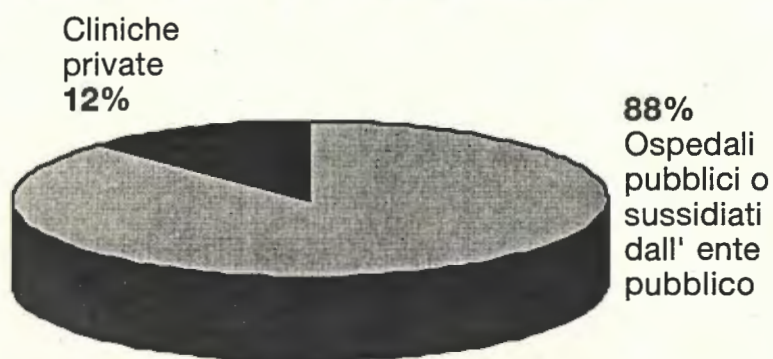
Costi per giorno di cura 1987-96



Anno	Franchi
1987	407.--
1988	438.--
1989	477.--
1990	541.--
1991	608.--
1992	653.--
1993	689.--
1994	716.--
1995	751.--
1996	791.--

Fonte: Statistique administrative 1996, H+ 1997, p. 46. /
Administrative Statistik 1996, H+, 1997, S. 46.

Giorni di cura in ospedali pubblici/cliniche private

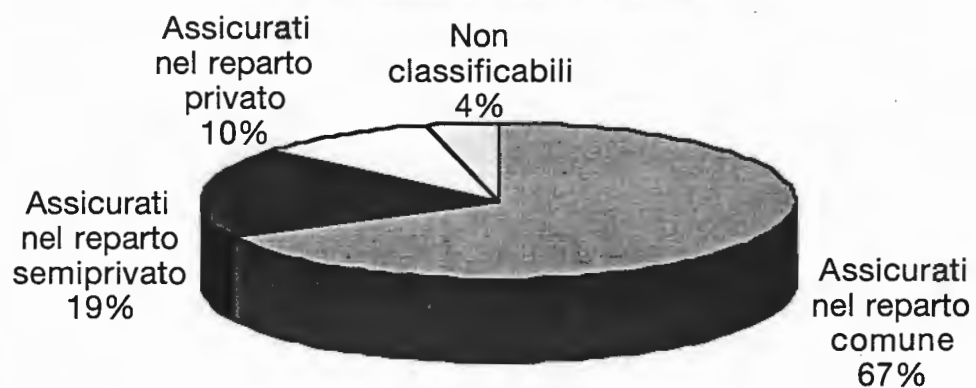


Giornate di cura in:

- cliniche private	2'834'762
- ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico	19'566'560

Fonte: Associazione svizzera delle cliniche private (ASCP), 23e Rapport d'activité (septembre 1996 - août 1997), données 1997, p. 24 / 23. Tätigkeitsbericht (September 1996 - August 1997), Daten 1997, S. 11.

Assicurati secondo la classe di assicurazione



Numero di assicurati per classe:

in reparto comune	4'849'559
semiprivato	1'351'344
privato	723'894
non classificabile	269'957
Totale	7'194'754

Fonte: Statistique de l'assurance maladie 1996, OFAS 1997, p. 37. /
Statistik über die Krankenversicherung 1996, BSV, 1997, S. 37.

Vernehmlassungsverfahren zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)

LISTE DER VERNEHMLASSUNGSADRESSATEN¹⁾

1. Kantone

An die Kantonsregierungen

2. Eidgenössische Gerichte

- Eidgenössisches Versicherungsgericht
- Bundesgericht

3. In der Bundesversammlung vertretene Parteien

- FDP Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz
- CVP Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz
- SPS Sozialdemokratische Partei der Schweiz
- SVP Schweizerische Volkspartei
- LPS Liberale Partei der Schweiz
- LdU Landesring der Unabhängigen
- EVP Evangelische Volkspartei der Schweiz
- PdAdS Partei der Arbeit der Schweiz
- SD Schweizer Demokraten
- Grüne Partei der Schweiz
- Freiheits-Partei der Schweiz
- Lega dei Ticinesi
- FraP! Frauen macht Politik
- EDU Eidgenössisch-Demokratische Union
- CSP Christlichsoziale Partei
- GB Grünes Bündnis

4. Organisationen der Wirtschaft

- Fédération romande des consommatrices FRC
- Christlichnationaler Gewerkschaftsbund der Schweiz
- Stiftung für Konsumentenschutz
- Schweiz. Gewerkschaftsbund
- Schweizerischer Konsumentenbund
- Schweizerischer Gewerbeverband
- Schweiz. Bauernverband
- Schweizerischer Arbeitgeberverband

¹⁾ Personen und Organisationen, die hier nicht aufgelistet sind können auf Verlangen hin am Vernehmlassungsverfahren teilnehmen (Art. 4 Abs. 3 der Vo v. 17.6.91 über das Vernehmlassungsverfahren)

- Schweiz. Handels- und Industrie-Verein (Vorort)
- Zentralverband des Staats- und Gemeindepersonals der Schweiz
- Landesverband freier Schweizer Arbeitnehmer
- Konsumentinnenforum Schweiz
- Vereinigung schweizerischer Angestelltenverbände
- Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana

5. Übrige Organisationen

5.1. Organisationen des Gesundheitswesens

a) Leistungserbringer

- Schweizerischer Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien FAMH
- Schweiz. Hebammenverband
- Schweiz. Berufsverband dipl. Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen
- Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
- Verbindung der Schweizer Aerzte FMH
- Spitex Verband Schweiz
- Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
- Schweiz. Vereinigung der Privatkliniken
- Schweizerischer Apothekerverein
- Schweiz. Kneippverband
- Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
- VIPS Vereinigung der Importeure pharmazeutischer Spezialitäten
- APA Aerzte mit Patienten-Apotheke
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
- Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektoren
- Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie
- Sanphar
- Schweiz. Drogisten-Verband
- Verein freipraktizierender Logopädinnen und Logopäden
- Schweizerische Gesellschaft für Balneologie und Bioklimatologie
- Vereinigung der Rheuma- und Rehabilitationskliniken der Schweiz
- Schweizerische Physiotherapeuten-Verband
- Schweizerisches Rotes Kreuz
- Verband Schweizerischer Assistenz und Oberärzte
- Schweiz. Gesellschaft der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Schweiz. Psychotherapeuten-Verband SPV/ASP
- Heimverband Schweiz
- SVBG Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen
- Schweizerische Vereinigung der Belegärzte an Privatkliniken
- Union schweizerischer komplementärmedizinischer Aerzteorganisationen

b) *Versicherer*

- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
- Gemeinsame Einrichtung KVG
- SVK Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen
- Schweizerischer Versicherungsverband
- Schweiz. Unfallversicherungsanstalt SUVA
- Medizinaltarifkommission UVG

c) *PatientInnen, BenutzerInnen*

- ASKIO
- Schweizerischer Invalidenverband
- Schweiz. Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter
- Stiftung Schweiz. Patienten-Organisation
- AIDS Hilfe Schweiz
- Schweizerische Vereinigung PRO INFIRMIS
- Patientenstelle Zürich
- Schweizerische Vereinigung der AHV/IV und Frührentner
- Pro Senectute / Für das Alter
- Verein Graue Panther Schweiz
- Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
- Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung
- Vereinigung der Versicherten Schweiz

d) *Andere*

- Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung
- Forum Santé
- Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik
- Schweiz. Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen
- Volksgesundheit Schweiz VGS
- GELIKO Schweiz. Gesundheitsligen Konferenz
- La Leche Liga Schweiz
- Forum Freiheit im Gesundheitswesen
- Pro Mente Sana

5.2. Diverse

- Schweiz. Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)
- Mouvement Populaire des Familles
- Eidg. Kommission für Frauenfragen
- Pro Familia Schweiz
- Pro Juventute
- Schweiz. Vereinigung für Sozialpolitik
- Wettbewerbskommission
- Büro für Konsumentenfragen
- Treuhand-Kammer
- Schweizerischer Verband alleinerziehender Mütter und Väter
- Swisscom
- Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel (IKS)
- Bund Schweiz. Frauenorganisationen

**Procédure de consultation
de la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
(financement des hôpitaux)**

LISTE DES DESTINATAIRES¹⁾

1. Cantons

Aux gouvernements cantonaux

2. Tribunaux fédéraux

- Tribunal fédéral des assurances
- Tribunal fédéral

3. Partis représentés à l'Assemblée fédérale

- PRD Parti radical-démocratique suisse
- PDC Parti démocrate-chrétien suisse
- PSS Parti socialiste suisse
- UDC Union Démocratique de Centre
- PLS Parti libéral suisse
- AdI Alliance des Indépendants
- PEV Parti évangélique suisse
- PST Parti Suisse du Travail
- DS Démocrates Suisses
- Les Verts Parti écologiste suisse
- Parti suisse de la liberté
- Lega dei Ticinesi
- FraP! Frauen macht Politik
- UDF Union-Démocratique Fédérale
- PCS Parti chrétien-social
- AVeS Alliance Verte et Sociale

4. Organisations de l'économie

- Fédération romande des consommatrices
- Confédération suisse des syndicats chrétiens
- Fondation pour la protection des consommateurs
- Union syndicale suisse USS
- Fédération suisse des consommateurs
- Union Suisse des Arts et Métiers USAM
- Union suisse des paysans (USP)
- Union patronale suisse

¹⁾ Les organisations et personnes qui ne figurent pas sur cette liste peuvent sur demande participer à la procédure de consultation (art. 4 al. 3 de l'Ordonnance du 17 juin 1991 sur la procédure de consultation)

- Union suisse du commerce et de l'industrie (Vorort)
- Fédération centrale du personnel des cantons et des communes de la Suisse
- Union Suisse des Syndicats autonomes
- Konsumentinnenforum Schweiz
- Fédération des sociétés suisses d'employés
- Associazione Consumatrici della Svizzera italiana

5. Autres organisations

5.1. Organisations de la santé

a) Fournisseurs de prestations

- Association Suisse des Chefs de Laboratoires d'Analyses Médicales FAMH
- Association Suisse des sages-femmes
- Association suisse des assistants sociaux diplômés et des éducateurs spécialisés (ASAS)
- Association suisse des infirmières et infirmiers
- Fédération des médecins suisses FMH
- Association Suisse des services d'aide et de soins à domicile
- Société suisse d'odonto-stomatologie SSO
- Association suisse des cliniques privées
- Société Suisse de Pharmacie
- Association Kneipp Suisse
- Société suisse de médecine sociale et préventive
- H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Association Suisse des Chiropraticiens
- Association des Importateurs de Spécialités pharmaceutiques VIPS
- Aerzte mit Patienten-Apotheke APA
- Association Suisse des Ergothérapeutes
- Fédération suisse des directeurs d'hôpitaux
- Société Suisse des Industries Chimiques (SSCI)
- Sanphar
- Association suisse des droguistes
- Association des logopédistes indépendants
- Société de médecine thermique et climatique
- Vereinigung der Rheuma- und Rehabilitationskliniken der Schweiz
- Fédération suisse des physiothérapeutes
- Croix Rouge Suisse
- Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique
- Schweiz. Gesellschaft der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Fédération Suisse des Physiothérapeutes FSP
- Heimverband Schweiz
- FSAS Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé
- Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en cliniques privées (ASMI)
- Union schweizerischer komplementärmedizinischer Aerzteorganisationen

b) *Assureurs*

- Concordat des assureurs-maladie suisses
- Institution commune LAMal
- Fédération suisse pour tâches communes des caisses-maladie SVK
- Association Suisse d'Assurances
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents CNA
- Commission des tarifs médicaux de l'assurance-accidents

c) *Patients, usagers*

- ASKIO Entraide Suisse Handicap
- Association Suisse des Invalides
- Fédération suisse pour l'intégration des handicapés
- Fondation Organisation Suisse des Patients
- Aide Suisse contre le Sida
- PRO INFIRMIS
- Patientenstelle Zürich
- Fédération Suisse des retraités, pré-retraités et rentiers AI
- Pro Senectute / Fondation suisse pour la Vieillesse
- Verein Graue Panther Schweiz GPS
- Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
- Médiateur de l'assurance-maladie sociale
- Vereinigung der Versicherten Schweiz

d) *Autres*

- Fondation suisse pour la promotion de la santé
- Forum Santé
- Société suisse pour la politique de la santé SSPS
- Schweiz. Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (SGSG)
- Santé du peuple suisse
- Conférence nationale suisse des ligues de la santé COLISA
- Société suisse de médecine sociale et préventive
- Forum Liberté et santé
- Pro Mente Sana

5.2. Divers

- Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS)
- Mouvement Populaire des Familles
- Commission fédérale pour les questions féminines
- Pro Familia Suisse
- Pro Juventute
- Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)
- Commission de la concurrence
- Bureau de la consommation
- Treuhand-Kammer
- Fédération Suisse des Familles Monoparentales
- Swisscom
- Office intercantonal de contrôle des médicaments (OICM)
- Bund Schweiz. Frauenorganisationen