

# Ja am 9. Februar 2003 zum Gesetz für eine gesunde Spitalfinanzierung

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

## Das Wichtigste in Kürze

Das „Gesetz für eine gesunde Spitalfinanzierung“ **hebt** den **Finanzierungsanteil der Kantone** für die Spitalbehandlungen von Privat- und Halbprivatversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern **schrittweise an**. Insgesamt bezahlen die Kantone bis 2004 1,2 Milliarden Franken. Bei einer Ablehnung des dringlichen Bundesgesetzes (dBG) entstünden für die Kantone 350 Millionen Franken Mehrkosten:

Kosten in Mio. Franken	2002	2003	2004	Total	Mehrkosten
Bei Annahme dBG	300	400	500	1'200	-
Bei Ablehnung dBG	300	550	700	1'550	350

Die Mehrkosten müssten über Steuermittel finanziert werden. Die Kantone wären gezwungen, die Steuern zu erhöhen und Sparmassnahmen zu ergreifen. Die **Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)**, die **Finanzdirektorenkonferenz (FDK)** und die **Konferenz der Kantonsregierungen (KdK)** stehen stellvertretend für alle Kantone voll hinter dem dBG.

### Das dBG

- **garantiert eine gesunde Spitalfinanzierung**, weil es den Finanzierungsanteil der Kantone an die Spitalbehandlungen von Privat- und Halbprivatversicherten bis 2004 stufenweise und somit für die Kantone tragbar anhebt;
- **ist im Interesse der Allgemeinversicherten**. Personen, die nur allgemeinversichert sind, profitieren indirekt von einer Annahme des dBG, weil sie von höheren Steuern und schmerzhaften Sparmassnahmen der Kantone verschont bleiben. Privat- und Halbprivatversicherte profitieren kurzfristig direkt von tieferen Prämien;
- **ist ein durchdachter Kompromiss** zwischen Kantonen und Krankenkassen;
- **schützt die Krankenversicherten**, weil durch einen geordneten Übergang zum revidierten KVG jahrelange Rechtsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen, Kantonen und Krankenversicherten ausbleiben.

## Entstehungsgeschichte dBG

Bis anhin wurden die Kosten bei innerkantonalen Spitalbehandlungen in der Privat- oder Halbprivatabteilung, mit Ausnahme des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entrichteten Sockelbeitrags, von den Spitalzusatzversicherungen der Krankenkassen getragen. Im November 2001 entschied das **Eidgenössische Versicherungsgericht** (EVG) in einem ursprünglich von der *assura* gegen das Sozial- und Sanitätsdepartement des Kantons Genf angestrebten Verfahren, dass sich die Kantone auch bei innerkantonalen stationären Spitalbehandlungen an den Kosten von Privat- und Halbprivatversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zu beteiligen haben. Die Beitragspflicht habe den Kosten zu entsprechen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Behandlungen der versicherten Personen in der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals nicht getragen werden. Damit war klar, dass die bestehende Finanzierungspraxis nicht dem KVG entsprach und korrigiert werden musste. Die Korrektur hat eine massive Mehrbelastung der Kantone und eine Entlastung der Privat- und Halbprivatversicherung zur Folge.

Im Februar 2002 schlug die Kommission des Ständerates für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) auf Ersuchen der Kantone und *santésuisse* eine **Kommissionsinitiative** für ein dringliches Bundesgesetz (dBG) vor. Nationalrat und Ständerat nahmen das **dBG** im Juni 2002 **ohne Gegenstimme** an (Nationalrat: 189 zu 0, Ständerat 40 zu 0). Damit wurde nach dem EVG-Entscheid ein geordneter Finanzierungsübergang sichergestellt.

Das dBG ist rückwirkend auf den 1. Januar 2002 in Kraft getreten und bis Ende 2004 befristet, mindestens aber bis Mitte 2003. Es ist ein hart erarbeiteter politischer Kompromiss, der von einer aussergerichtlichen Vereinbarung zwischen der SDK und *santésuisse* flankiert wurde. Im Rahmen dieser Vereinbarung vom Juni 2002 bezahlten die Kantone im September 2002 den Krankenkassen für entsprechende Spitalbehandlungen pauschal 250 Millionen Franken für das Jahr 2001.

Die *assura*, die dieser Vereinbarung nicht beitrug, reichte im Oktober 2002 das **Referendum** gegen das dBG ein. Am 9. Februar 2003 entscheiden die Stimmberechtigten über die Annahme oder Ablehnung des dBG.



santésuisse

## Positionspapier

### Zum Assura-Referendum gegen das dBG betreffend Kantonsbeiträge an stationäre Behandlungen

(Fassung vom 13. November 2002)

#### 1. Ausgangslage

Das eidg. Versicherungsgericht (EVG) hat im November 2001 festgestellt, dass die Kantone sich auch in der Privat- und Halbprivatabteilung eines subventionierten Spitals an den Kosten der obligatorisch versicherten Leistungen beteiligen müssen. (Für entsprechende ausserkantonale Behandlungen bestand diese Zahlungspflicht der Kantone bereits aufgrund eines EVG-Urteils vom Dezember 1997.) In einem dringlichen Bundesgesetz (dBG) haben die eidg. Räte in der Folge eine etappenweise Umsetzung dieses Urteils beschlossen. Gleichzeitig haben SDK und santésuisse eine Vereinbarung für die Zahlungspflicht der Kantone im Jahre 2001 getroffen, der alle Kantone und Versicherer mit rund 95 Prozent Marktanteil beigetreten sind. Die Krankenversicherung Assura ist diesem Abkommen nicht beigetreten und hat gegen das dBG das Referendum ergriffen, um eine sofortige und vollständige Umsetzung des EVG-Urteils zu erreichen.

#### 2. Inhalt des dBG

Die Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der stationären Behandlung von obligatorisch versicherten Personen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern bei innerkantonalen Behandlungen beträgt im Jahre 2002 60 Prozent, im Jahre 2003 80 Prozent und im Jahre 2004 100 Prozent der von den Versicherern für Kantoneinwohner geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals.

Dieser Beschluss verhindert zum einen, dass die Kantone per sofort mit einer Mehrbelastung von insgesamt rund 700 Mio. Franken konfrontiert werden. Er schafft zum andern eine klare Basis für die Zahlungspflicht der Kantone, verlangt aber von den Versicherern bis zum Inkrafttreten der 2. KVG-Revision einen Verzicht auf die vollen Sockelbeiträge der Kantone.

## 2. Die parlamentarischen Behandlungen

Der Ständerat hat in der Frühjahrssession 2002 und der Nationalrat in der Sommersession 2002 dem dringlichen Bundesgesetz einstimmig zugestimmt. Die Dringlichkeit hat zur Folge, dass das Gesetz während mindestens einem Jahr in Kraft bleibt, selbst wenn mit Erfolg dagegen das Referendum ergriffen wird.

## 3. Refendum

Die Assura hat gegen das dBG das Refendum ergriffen und Mitte Oktober 2002 über 60'000 gültige Unterschriften bei der Bundeskanzlei deponiert. Die Volksabstimmung zum dBG findet am 9. Februar 2003 statt.

## 4. Die Position von santésuisse

santésuisse hat das EVG-Urteil vom 30. November 2001 zur Beitragspflicht der Kantone an Behandlungen privat- und halbprivatversicherter Patienten begrüsst. Denn die Krankenversicherer haben immer wieder betont, dass alle Einwohner dieses Landes obligatorisch gegen Krankheit versichert sind und im Rahmen der obligatorischen Versicherung auch die gleichen Leistungen und Beiträge zugute haben. Dennoch hat der Branchenverband der Krankenversicherer gegen das vom Parlament beschlossene dringliche Bundesgesetz nicht opponiert, und zwar aus folgenden Gründen:

- Das dBG und die Vereinbarung zwischen SDK und santésuisse bilden eine vernünftige und für alle Seiten tragbare Lösung zur Umsetzung des EVG-Entscheidung. Das Gesetz gesteht zwar den Kantonen eine etappenweise Übernahme ihrer finanziellen Verpflichtungen zu, hilft aber mit, das EVG-Urteil rasch, praktikabel und in der ganzen Schweiz einheitlich umzusetzen.
- Die vorgesehene Lösung führt zu einer sofortigen und spürbaren Entlastung der halbprivat- und privat Versicherten, statt dass deren Ansprüche in aufwendigen Gerichtsverfahren eingefordert werden müssen
- Mit dem dBG können jahrelange Streitereien über die richtige Höhe der Sockelbeiträge vermieden werden.
- Das dBG ebnet den Weg für einen geordneten Übergang zur 2. KVG-Revision, in der die Finanzierung der Spitalbehandlungen neu geregelt werden soll.
- Schliesslich geht es santésuisse auch darum, im übergeordnetem Interesse gemeinsam mit Bund, Kantonen und weiteren massgeblichen Kräften zur Lösung der schwierigen anstehenden Probleme in Gesundheitswesen und Krankenversicherung beizutragen.

## 5. Fazit und weiteres Vorgehen

santésuisse unterstützt das dringliche Bundesgesetz, das einem breit abgestützten und praktikablen Kompromiss entspricht und vom Parlament praktisch einstimmig verabschiedet wurde, nachdrücklich.

santésuisse missbilligt, dass die Assura das Referendum gegen das in- und ausserhalb des Parlaments breit abgestützte dBG zur Spitalfinanzierung ergriffen hat. Der Verwaltungsrat von santésuisse fasst eine Parole für das Gesetz und veröffentlicht sie. Der santésuisse-Präsident tritt dem Abstimmungskomitee für das dBG bei und nimmt an der Pressekonferenz des EDI teil.



28.11.2002 - **NEIN zur Ungleichbehandlung der Versicherten!**

## Argumente des Referendumskomitees

Alle Bürgerinnen und Bürger tragen mit den Steuern, die sie bezahlen, zur Finanzierung der Spitalbehandlungskosten bei. Denn an diesen Kosten müssen sich nach dem Krankenversicherungsgesetz, das seit dem 1. Januar 1996 in Kraft ist, die Kantone beteiligen. Dennoch haben sich die Kantone bisher geweigert, für die Versicherten in der Privatabteilung (Zimmer mit einem oder zwei Betten) eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals ihren Beitrag zu leisten.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in seiner Entscheidung vom 30. November 2001 dieser unhaltbaren Ungleichbehandlung ein Ende gesetzt. Dennoch haben sich die Kantone immer noch geweigert, sämtliche Versicherte gleich zu behandeln. Unter dem Druck der Kantone hat das Parlament ein dringliches Bundesgesetz verabschiedet, das den erwähnten Entscheidung des EVG umgeht. Das Gesetz gilt rückwirkend auf den 1. Januar 2002 und ermöglicht es den Kantonen, sich ihrer vollen finanziellen Verantwortung zu entziehen; so werden die Zusatzversicherten gezwungen, Spitalkosten zu bezahlen, für die sie bereits mit ihren Steuern aufkommen.

Neben dieser nicht annehmbaren Ungleichbehandlung der Bürgerinnen und Bürger hat dieser gesetzgeberische Taschenspielertrick aber noch weitere unerfreuliche Auswirkungen:

- **Verzicht auf Zusatzversicherungen**, da deren Prämien, die zu der immer teureren Grundversicherung hinzukommen, untragbar werden. Dies umso mehr als dazu kommt, dass ein Ausbau der allgemeinen Spitalinfrastruktur notwendig wird. Denn immer mehr Personen sehen sich gezwungen, auf ihre Zusatzversicherung für die Privatabteilung im Spital zu verzichten, wodurch mehr Versicherte in den Allgemeinabteilungen behandelt werden müssen. Der Ausbau dieser Abteilungen wiederum wird vollumfänglich aus den Steuern aller Steuerpflichtigen und den Krankenversicherungsprämien aller Versicherten finanziert werden.
- **Steigende Behandlungskosten in der allgemeinen Abteilung** und damit auch Erhöhung der Grundversicherungsprämien: Diese Kostensteigerung entsteht durch den Verlust von Spitaleinnahmen aus dem lukrativen Privatbereich (schätzungsweise mehr als eine Milliarde Franken jährlich), mit denen heute ein Grossteil der allgemeinen Spitalinfrastruktur subventioniert wird.
- **Zusatzversicherte fühlen sich ungerecht behandelt**: Die Versicherten verlieren ihr teuer erworbenes Recht auf freie Arzt- und Spitalwahl. Besonders empörend ist dies für ältere Menschen, die auf diesen Schutz besonders und am meisten angewiesen sind.

Aus all diesen und aus weiteren Gründen fordert das Referendumskomitee die Stimmberechtigten auf, sich hinter den Entscheid des EVG zu stellen und die Hinhaltenaktik des Parlaments abzulehnen. Stimmen Sie **NEIN** zum "dringlichen Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge an Spitalbehandlungen".

# Oui à la loi sur le financement équitable des hôpitaux le 9 février 2003

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance maladie

## L'essentiel en bref

La loi sur le financement équitable des hôpitaux (LFu) **augmente progressivement la participation des cantons** au financement des traitements hospitaliers des assurés en division privée et semi-privée dans les hôpitaux publics et subventionnés. Les cantons versent globalement 1,2 milliards de francs jusqu'en 2004. Le rejet de la LFu engendrerait pour les cantons une charge supplémentaire de 350 millions de francs:

Coût en millions de francs	2002	2003	2004	Total	Surcoût
En cas d'adoption de la LFu	300	400	500	1'200	-
En cas de rejet de la LFu	300	550	700	1'550	350

Ce surcoût devrait être financé par des impôts. Les cantons seraient contraints d'augmenter les impôts et de mettre en œuvre des mesures d'économie. La **Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS)**, la **Conférence des directeurs cantonaux des finances (CDF)** et la **Conférence des gouvernements cantonaux (CdC)** de tous les cantons soutiennent la loi urgente.

### La LFu

- **garantit un financement équitable des hôpitaux**, car elle augmente jusqu'en 2004, de manière progressive et donc supportable par les cantons, leur participation au financement des traitements hospitaliers des assurés en division privée et semi-privée;
- **est dans l'intérêt des assurés en division commune**. Les personnes qui ne sont assurées qu'en division commune profitent indirectement de l'adoption de la LFu, car elles seront épargnées par les augmentations d'impôts et les douloureuses mesures d'économie cantonales. Les assurés en division privée et semi-privée profitent directement et à court terme d'une baisse des primes;
- **Constitue un compromis équitable** entre les cantons et les caisses d'assurance-maladie;
- **protège tous les assurés-maladie**, car la transition organisée vers la LAMal révisée permet d'éviter des conflits juridiques de longue durée entre les caisses d'assurance-maladie, les cantons et les assurés-maladie.

## Genèse de la LFu

Jusqu'à là, les coûts des traitements hospitaliers intra-cantonaux dans les divisions privées ou semi-privées devaient être supportés par les assurances privées et semi-privées des caisses d'assurance-maladie, à l'exception du montant de base pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. En novembre 2001, le **Tribunal fédéral des assurances** (TFA) a décidé, dans le cadre d'une procédure introduite initialement par *assura* contre le Département des affaires sanitaires et sociales du canton de Genève, que les cantons devaient également participer au financement des prestations hospitalières intra-cantoniales des assurés en division privée et semi-privée, dans les hôpitaux publics et subventionnés. L'obligation de contribution devait correspondre aux frais qui ne sont pas supportés par les assurances-maladie obligatoires des personnes assurées, pour les traitements en division commune de ces hôpitaux. Cette décision signifiait que les pratiques de financement existantes ne correspondaient pas à la LAMal, et devaient donc être corrigées. Cette correction génère des charges supplémentaires massives pour les cantons et une réduction des charges des assurances privées et semi-privées.

En février 2002, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) a proposé, à la demande des cantons et de *santésuisse*, la mise en place d'une **initiative de la commission** pour une loi fédérale urgente (LFu). Elle avait pour objectif de mettre en place une transition financière organisée, après la décision du TFA. Le Conseil national et le Conseil des États ont approuvé en juin 2002 la **LFu, à l'unanimité** (Conseil national: 189 à 0, Conseil des États: 40 à 0).

La LFu s'applique avec effet rétroactif au 1er janvier 2002, et devrait rester en vigueur jusqu'à fin 2004, mais au moins jusqu'à la mi-2003. La LFu résulte d'un compromis politique âprement négocié, et a été complétée par un accord extrajudiciaire passé entre la CDS et *santésuisse*. Dans le cadre de cet accord de juin 2002, les cantons ont versé aux caisses d'assurance-maladie en septembre 2002 un montant forfaitaire de 250 millions de francs pour l'année 2001, pour les traitements hospitaliers correspondants. La caisse *assura*, qui n'a pas signé cet accord, a engagé en octobre 2002 un **référendum** contre la LFu. Le 9 février 2003, les votants décideront de l'adoption ou du rejet de la LFu.



santésuisse

## Papier de positionnement

### Référendum lancé par Assura contre la LFU sur les participations cantonales au financement des traitements hospitaliers

(Version du 13 novembre 2002)

#### 1. Situation initiale

Dans son verdict rendu en novembre 2001, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) contraint les cantons à verser également une contribution financière aux prestations couvertes par l'assurance obligatoire et fournies dans les divisions privée et semi-privée d'un hôpital subventionné (les cantons étaient déjà obligés de participer aux coûts des traitements effectués hors canton suite à un arrêt rendu par le TFA en décembre 1997). Par le biais d'une loi fédérale urgente (LFU), les Chambres fédérales ont décidé ensuite une application échelonnée de cet arrêt. La CDS et santésuisse ont simultanément signé un contrat réglementant l'obligation de paiement des cantons pour l'année 2001, contrat auquel ont adhéré tous les cantons et les assureurs représentant 95% de part de marché. L'assureur-maladie Assura n'a pas accepté ce contrat et a lancé un référendum contre la LFU dans le but de faire appliquer intégralement et sur le champ l'arrêt du TFA.

#### 2. Teneur de la LFU

La participation des cantons au financement des traitements stationnaires intracantonaux des personnes assurées en divisions semi-privée et privée dans les hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics se chiffre en 2002 à 60%, en 2003 à 80% et en 2004 à 100% des tarifs appliqués par les assureurs aux habitants du canton séjournant dans la division commune de l'hôpital en question

D'une part, grâce à cette décision, les cantons ne se voient pas instantanément confrontés à une surcharge de 700 millions de francs; d'autre part, elle crée une base claire en matière d'obligation de paiement des cantons, mais exige de la part des assureurs de renoncer à la totalité des contributions de base des cantons jusqu'à l'entrée en vigueur de la 2ème révision LAMal.

#### 3. Les débats parlementaires

La loi fédérale urgente a été approuvée à l'unanimité par le Conseil des Etats lors de la session de printemps 2002 et par le Conseil national lors de la session d'été 2002. Répercussion de l'urgence de la loi: cette dernière restera en vigueur pendant une année au moins, même en cas de lancement réussi d'un référendum.



#### 4. Référendum

Assura a lancé un référendum contre la LFU et a remis à la Chancellerie fédérale vers la mi octobre 2002 plus de 60'000 signatures validées. Le peuple devra donc se prononcer au sujet de la LFU le 9 février 2003.

#### 5. La position de santésuisse

santésuisse s'est félicitée de l'arrêt du TFA du 30 novembre 2001 concernant l'obligation des cantons de verser une contribution aux traitements des patients privés et semi-privés. En effet, les assureurs-maladie ont toujours laissé entendre que tous les habitants de ce pays sont obligatoirement assurés contre la maladie et que, dans le cadre de l'assurance obligatoire, ils ont droit aux mêmes prestations et aux mêmes contributions. Cependant, l'organisation faîtière des assureurs-maladie ne s'est pas opposée à la loi fédérale urgente votée par le Parlement pour les raisons suivantes:

- ⌚ la LFU et l'accord conclu entre la CDS et santésuisse constituent une solution raisonnable et supportable pour toutes les parties en vue de l'application de l'arrêt du TFA. Certes, la loi accorde aux cantons un échelonnement de leurs obligations financières, mais elle contribue à une application rapide, pratique et uniforme de l'arrêt du TFA à l'échelon national;
- ⌚ la solution envisagée réduit immédiatement et sensiblement la charge pesant sur les assurés semi-privés et privés, et évite ainsi de longues procédures judiciaires en vue de revendiquer les prétentions de ces derniers;
- ⌚ grâce à la LFU, il n'y aura plus d'interminables disputes quant au montant exact des contributions de base;
- ⌚ la LFU prépare la transition ordonnée vers la 2ème révision LAMal, laquelle prévoit une nouvelle réglementation des traitements hospitaliers;
- ⌚ enfin, il s'agit encore pour santésuisse, à titre d'intérêt supérieur et conjointement avec la Confédération, les cantons et d'autres forces déterminantes, de contribuer à la résolution des problèmes difficiles actuellement en souffrance dans le secteur de la santé et dans l'assurance maladie.

#### 6. Conclusion et marche à suivre

santésuisse appuie fermement la loi fédérale urgente, synonyme de compromis largement approuvé et praticable, adoptée à l'unanimité par le Parlement.

santésuisse désapprouve le référendum organisé par Assura contre la LFU sur le financement des hôpitaux, pourtant amplement plébiscitée au sein du Parlement tout comme à l'extérieur. Le conseil d'administration de santésuisse va rédiger un mot d'ordre qui sera publié. Le président de santésuisse siègera au sein du comité de soutien électoral à la LFU et assistera à la conférence de presse du DFI.

[fermer cette fenêtre](#)

28.11.2002 - **NON à l'inégalité de droits des assurés**

## Arguments du comité référendaire

Chaque citoyen participe, par le paiement de ses impôts, au financement du coût de l'hospitalisation que son canton doit assumer au sens de la LAMal entrée en vigueur le 1er janvier 1996. Toutefois, l'allocation de cette participation cantonale a jusqu'ici toujours été refusée aux assurés qui séjournent en division privée (chambre à 1 ou 2 lits) d'un hôpital public ou subventionné.

Par un arrêt du 30 novembre 2001, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a mis fin à cette choquante inégalité. Les cantons ont toutefois persisté dans leur refus de traiter équitablement tous les assurés. Sous leur pression, le Parlement a édicté une loi urgente contournant l'arrêt précité du TFA. Avec effet rétroactif au 1er janvier 2002, elle permet aux cantons de se soustraire à leur pleine responsabilité financière en condamnant les personnes ayant souscrit une assurance complémentaire à payer un coût hospitalier déjà financé par leurs impôts.

Outre cette inacceptable violation de l'égalité du citoyen devant la loi, ce "tour de passe-passe" législatif génère d'autres fâcheuses conséquences:

- **Le renoncement à une couverture d'assurance complémentaire** au regard d'une prime qui, additionnée à celle de l'assurance de base toujours plus onéreuse, devient insupportable. Cela d'autant plus que le renforcement de l'infrastructure hospitalière commune - nécessité par l'accueil de malades contraints de renoncer à leur complément hospitalier privé - sera entièrement financé par les impôts et les primes d'assurance-maladie de l'ensemble des contribuables/assurés.
- **L'augmentation des coûts de la division générale** et, partant, des primes de l'assurance de base consécutive à la perte de taxes hospitalières payées par le lucratif secteur privé - dont le montant est estimé à plus d'un milliard par an - qui, aujourd'hui, subventionnent une bonne partie de l'infrastructure hospitalière commune.
- **Le sentiment d'injustice des assurés au bénéfice d'une couverture d'assurance complémentaire** dépouillés du droit chèrement acquis au fil des ans de choisir librement leur médecin et leur établissement hospitalier. Ceci est particulièrement révoltant pour les personnes âgées au moment où cette protection est la plus nécessaire.

Pour toutes ces raisons, parmi d'autres, le Comité référendaire invite les électrices et électeurs à soutenir l'arrêt du TFA et à rejeter les manœuvres dilatoires du Parlement en votant **NON** à la Loi fédérale urgente du 21 juin 2002 sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts hospitaliers."

[s'abonner - se désabonner](#)

[Archives](#)

# Sì il 9 febbraio 2003 alla Legge sul finanziamento equo degli ospedali

Legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla Legge federale sull'assicurazione malattie

## In breve

La Legge federale sul finanziamento equo degli ospedali (LFu) **aumenta gradualmente** la quota di finanziamento dei Cantoni per le cure stazionarie di persone assicurate nei reparti privati o semiprivati di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. Complessivamente i Cantoni verseranno 1,2 miliardi di franchi entro il 2004. Se venisse respinta la LFu, ciò comporterebbe dei costi supplementari dell'ordine di 350 milioni di franchi per i Cantoni:

Costi in milioni di franchi	2002	2003	2004	Totale	Costi supplementari
In caso di approvazione della LFu	300	400	500	1'200	-
Se la LFu fosse respinta	300	550	700	1'550	350

I costi supplementari dovrebbero essere finanziati tramite le imposte. I Cantoni sarebbero costretti ad aumentare le imposte e ad adottare delle misure di risparmio. La **Conferenza svizzera dei direttori cantonali della sanità (CDS)**, la **Conferenza svizzera dei direttori delle finanze** e la **Conferenza dei governi cantonali** sostengono appieno la LFu, in rappresentanza di tutti i Cantoni.

### La LFu

- **assicura un finanziamento equo degli ospedali** aumentando gradualmente fino al 2004, e dunque in modo sostenibile per i Cantoni, la quota di finanziamento a carico degli stessi per le cure ospedaliere di assicurati per i reparti privati e semiprivati;
- **è nell'interesse delle persone assicurate nel reparto comune.** Tali persone, assicurate unicamente per il reparto comune, approfittano indirettamente di un'accettazione della LFu, essendo risparmiate da aumenti delle imposte e dolorose misure di risparmio. A breve termine le persone assicurate per i reparti privati e semiprivati approfittano di una riduzione dei premi;
- **è un compromesso ragionato** tra i Cantoni e le Casse malattia;
- **protegge tutti gli assicurati**, dato che grazie a una transizione ordinata verso la LAMal rivista non vi saranno annose controversie legali tra casse malattia, Cantoni e assicurati.

## Genesi della LFu

Finora i costi delle cure stazionarie prestate all'interno del Cantone nei reparti semiprivati o privati erano a carico delle assicurazioni complementari delle casse malattia, fatta eccezione per l'importo di base versato dall'assicurazione obbligatoria. Nel mese di novembre del 2001 in un procedimento originariamente promosso da *assura* contro il Dipartimento della sanità e della socialità del Canton Ginevra, il **Tribunale federale delle assicurazioni** (TFA) decise che i Cantoni avrebbero dovuto partecipare pure ai costi delle cure stazionarie prestate sul loro territorio nei reparti privati o semiprivati di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. L'obbligo contributivo dovrebbe corrispondere, secondo il TFA, ai costi non coperti dall'assicurazione malattie obbligatoria per le cure delle persone assicurate nei reparti comuni dell'ospedale in questione. In tal modo il tribunale chiarì che la prassi attuale dei finanziamenti non era conforme alla LAMal e che necessitava di una correzione. Quest'ultima comporta un massiccio aumento dell'onere per i Cantoni e uno sgravio dell'assicurazione complementare per le cure ospedaliere.

Nel mese di febbraio 2002, su richiesta dei Cantoni e di *santésuisse*, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-CS) propose un'**iniziativa commissionale** per una Legge federale urgente (LFu). In tal modo venne garantita una transizione ordinata dei finanziamenti in seguito alla decisione del TFA. Il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati accolsero la **LFu senza alcun voto contrario** nel mese di giugno 2002 (Consiglio nazionale: 189 voti a 0, Consiglio degli Stati 40 a 0).

La LFu è entrata in vigore retroattivamente il 1° gennaio 2002 ed è limitata alla fine del 2004, almeno però alla metà del 2003. La LFu è un compromesso politico elaborato con fatica, fiancheggiato da un accordo extragiudiziario tra la CDS e *santésuisse*. Nell'ambito di tale accordo del mese di giugno 2002, i Cantoni hanno versato alle Casse malati un forfait di 250 milioni di franchi per cure ospedaliere corrispondenti per l'anno 2001.

Nel mese di ottobre 2002 la *assura*, che non aderì a tale accordo, ha proposto il **referendum** contro la LFu. Il 9 febbraio 2003 gli aventi diritto di voto decideranno se accettare o respingere la LFu.

# Ja am 9. Februar 2003 zum Gesetz für eine gesunde Spitalfinanzierung

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

## Chronologie

Der vorliegende Text zeigt anhand wichtiger Eckdaten auf, wie das von National- und Ständerat am 21. Juni 2002 einstimmig gutgeheissene oben genannte **dringliche Bundesgesetz (DBG)** zustande gekommen ist.

### 1. Januar 1996

Das KVG tritt in Kraft. Es sieht vor, dass die **obligatorische Krankenpflegeversicherung** höchstens 50 % der anrechenbaren Betriebskosten in der **allgemeinen Abteilung** von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern zu übernehmen hat (Art. 49 Abs. 1). Die **Zusatzversicherung** entschädigt die Spitäler für ihre *zusätzlichen* Aufwendungen (= Mehrkosten gegenüber der allgemeinen Abteilung) beim Aufenthalt einer versicherten Person in der **Privat- oder Halbprivatabteilung**, für deren Betreuung durch den Chefarzt sowie für die Gewährleistung der freien Arztwahl.

Die **restlichen Betriebskosten** der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler werden durch den **Kanton** oder gegebenenfalls durch die Gemeinde getragen.

Nach dem Inkrafttreten des KVG ist zwischen den Kantonen und Krankenkassen umstritten, wie die Beitragspflicht der Kantone an die Behandlung privat- und halbprivatversicherter Patientinnen und Patienten zu interpretieren sei. Die Kantone stellen sich auf den Standpunkt, dass ihre Beitragspflicht nur für Allgemeinversicherte gelte. Die **Krankenkassen fordern** von den Kantonen auch einen **Sockelbeitrag für Privat- und Halbprivatversicherte**.

### 16. Dezember 1997

Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) entscheidet, dass bei **medizinisch bedingten ausserkantonalen** Spitalbehandlungen die Beitragspflicht des Kantons besteht, und zwar unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, in welcher sich die versicherte Person tatsächlich aufgehalten hat.

Am 16. Dezember 1997 fällt das EVG den Entscheid betreffend öffentlicher und öffentlich subventionierter Spitäler, am 19. Dezember betreffend Privatspitäler. Das EVG äussert sich **nicht** zur Beitragspflicht der Kantone bei **innerkantonalen** Spitalbehandlungen in der Privat- oder Halbprivatabteilung. Um die Beitragspflicht bei diesen innerkantonalen Spitalbehandlungen geht es letztendlich beim dBG.

### **7. Juli 1998**

Die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und das Konkordat der Krankenversicherer (KSK, neu santésuisse) schliessen ein **Stillhalteabkommen** ab: Im Hinblick auf die 2. Teilrevision des KVG verpflichten sich die Krankenkassen bis 31. Dezember 2000 die vollen Kosten für die **innerkantonalen** Behandlungen von Privat- und Halbprivatversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zu übernehmen. Die Kantone gelten ihre Beitragspflicht an **ausserkantonale** Spitalbehandlungen für die Jahre 1996 bis 2000 mit einer Pauschalabgeltung ab. Die **assura** und einige sehr kleine Krankenkassen treten dem Stillhalteabkommen nicht bei.

Das Stillhalteabkommen soll grundsätzlich bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG gelten – längstens jedoch bis 31. Dezember 2000. Es besteht die Möglichkeit, das Abkommen bis 31. Dezember 2001 zu verlängern.

### **18. September 2000**

Der Bundesrat schlägt in der Botschaft zur 2. Teilrevision des KVG vor, dass die Kosten von Spitalaufenthalten je hälftig durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Kantone, in welchem der behandelte Patient wohnhaft ist, bezahlt werden (sofern das in Frage stehende Spital der Planung des Wohnsitzkantons der versicherten Person entspricht).

Die **Krankenkassen** sind in der Folge **nicht bereit**, das **Stillhalteabkommen** mit den Kantonen über das Jahr 2000 hinaus **zu verlängern**.

Die Krankenkassen wollen mit der Aufhebung des Stillhalteabkommens die laufende Teilrevision des KVG beschleunigen, denn es zeichnet sich ab, dass es bis zur Inkraftsetzung des revidierten KVG länger als angenommen dauern wird.

#### **10. Januar 2001**

Die SDK versucht vergeblich, die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) zu einem dBG zu bewegen, das die Kantonsbeiträge bei innerkantonalen Behandlungen von Privat- und Halbprivatversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern ab 1. Januar 2001 bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG auf die allgemeine Abteilung beschränken würde. Die Kantone und die Krankenkassen sollen nach Auffassung der Kommission auf dem **Verhandlungsweg** eine Lösung suchen.

#### **20. Oktober 2001**

Die SDK und santésuisse handeln eine Übergangslösung bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG aus. Die Vereinbarung sieht vor, dass die Kantone für **innerkantonale** Behandlungen von Privat- und Halbprivatversicherten im Jahr 2001 noch nichts, hingegen in den Jahren **2002** sowie **2003** Beiträge im Ausmass von 50 % der Krankenversicherungstarife für die allgemeine Abteilung übernehmen. Die **Vereinbarung kommt nicht zustande**, obwohl eine deutliche Mehrheit der Kantone zustimmt.

Bis Ende 2001 müssten 22 Kantone der Vereinbarung beitreten. Bei einer Umfrage der SDK im Oktober 2001 melden sich jedoch nur 17 Kantone zu einem Beitritt bereit. Die Vereinbarung scheitert somit am sogenannten Quorum der Kantone.

#### **6. November 2001**

Die SDK ruft den Ständerat erneut auf, mit einem dBG auf Gesetzesebene eine klare Regelung bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG zu treffen. Der Vorschlag der SDK für ein dBG basiert auf der gescheiterten Vereinbarung vom Oktober 2001. Der Ständerat und die SGK-S treten auf den Vorschlag nicht ein.

Die SGK-S begründet ihren Entscheid damit, dass sie nicht mit Dringlichkeitsrecht Präjudizien für die zukünftige Regelung schaffen wolle. Eine Rückwirkung eines dBG ab 1. Januar 2001 sei rechtlich ohnehin nicht möglich.

### 30. November 2001

Das EVG entscheidet in einem ursprünglich von der assura gegen das Sozial- und Sanitätsdepartement des Kantons Genf angestrebten Verfahren, **dass sich die Kantone auch bei innerkantonalen stationären Spitalbehandlungen an den Kosten von Privat- und Halbprivatversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zu beteiligen haben**. Die Beitragspflicht habe den Kosten zu entsprechen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Behandlungen der versicherten Personen in der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals nicht getragen werden.

Bis anhin wurden die Kosten bei innerkantonalen Spitalbehandlungen in der Privat- oder Halbprivatabteilung, mit Ausnahme des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entrichteten Sockelbeitrags, von der Zusatzversicherung getragen. Das EVG hält mit der Bekanntgabe des Urteils am 8. Dezember 2001 fest, dass die **aktuelle Finanzierungspraxis nicht dem KVG entspricht**. Sie muss korrigiert werden. Die Korrektur hat eine **massive Mehrbelastung der Kantone** und eine **Entlastung der Privat- und Halbprivatversicherung** zur Folge. Kantone und Krankenkassen können sich in der Folge nicht über die Schuldentilgung einigen. Die Krankenkassen stellen Geldrückforderungen an Kantone und Spitäler.

### 12. Dezember 2001

Die SDK und die Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren (FDK) nehmen zum EVG-Entscheid gemeinsam Stellung. Sie geben zu bedenken, dass das EVG **unabhängig von finanz- und sozialpolitischen Überlegungen** entschieden habe. Das EVG habe nicht berücksichtigt, dass weder in der Botschaft des Bundesrates zum KVG vom 18. September 2000, noch in den damaligen Kommissions- und Parlamentsdebatten je die Rede davon war, dass die Kantone für die Subventionierung von Spitalbehandlungen in der Privat- und Halbprivatabteilung Zusatzbelastungen in Milliardenhöhe zu übernehmen hätten. Die Konsequenzen des EVG-Entscheidung liefen auch den Forderungen der Kantone im Rahmen des Stabilisierungsprogramms 1998 zuwider. Sie fordern das Bundesparlament auf, seiner



Verantwortung als Gesetzgeber nachzukommen und mit einem dBG kurzfristig Korrekturen vorzunehmen.

Der ausformulierte Vorschlag der SDK für ein dBG entspricht im Wesentlichen dem Inhalt der nicht zu Stande gekommenen Vereinbarung zwischen der SDK und santésuisse vom Oktober 2001. Im Gegensatz zum damaligen Vereinbarungsentwurf lässt der Entwurf zum dBG jedoch die Frage einer **rückwirkenden Beitragspflicht der Kantone für das Jahr 2001 offen**. Das dBG soll bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG gelten.

#### **13. Dezember 2001**

Ständerat Gian-Reto Plattner (BS) reicht mit Unterstützung weiterer Mitglieder des Ständerates eine **nicht ausformulierte parlamentarische Initiative** ein. Diese verlangt ein dBG.

#### **14. Dezember 2001**

Die **Konferenz der Kantonsregierungen (KdK)** beschliesst an ihrer Plenarversammlung einstimmig, auf ein dBG hinzuwirken, das die Kantone von der Beitragspflicht bei innerkantonalen Spitalbehandlungen in Privat- und Halbprivatabteilungen ab 2002 bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG befreit.

Die SDK und FDK räumen der sogenannten **Nullvariante** der KdK eine äussert **geringe Chance** ein.

#### **20. Dezember 2001**

Bei einem Sondiergespräch zwischen der SDK und **santésuisse** beharren die Krankenkassen auf **Zahlungen ab 1. Januar 2001**. Sie sind aber bereit, für eine Übergangszeit über Kompromisslösungen in Form eines dBG zu diskutieren. Allerdings gehen die Krankenkassen nach dem Vorliegen des EVG-Entscheidunges von weit höheren Zahlungen der Kantone aus, als in der gescheiterten Vereinbarung vom Oktober 2001 vorgesehen war.

### 8. Januar 2002

Die **SDK** und **santésuisse** sind sich bei einer Aussprache über die **Notwendigkeit eines dBG** zur Abwendung eines drohenden Chaos einig.

Die SDK und **santésuisse** sind sich nicht einig über den Prozentsatz des Tarifs, der als Kantonsbeitrag bezahlt werden müsste, und über einen Pauschalbetrag, mit dem alle Ansprüche der Krankenkassen vor dem rückwirkend geltenden dBG (Inkraftsetzungsdatum 1. Januar 2002) abzugelten wären.

### 12. Februar 2002

Die SDK und **santésuisse** einigen sich unter Vermittlung von Bundesrätin Ruth Dreifuss über einen pauschalen Kantonsbeitrag für 2001 in der Höhe von 250 Millionen Franken. Die Kantone müssen bis 30. April 2002 über einen Beitritt zur entsprechenden Vereinbarung entscheiden.

### 13. Februar 2002

Die SGK-S schlägt mit einer **Kommissionsinitiative** ein dBG für die Jahre 2002 bis 2004 vor. Mit dem Vorschlag der SGK-S kämen die Krankenkassen prozessfrei zu ihrem Geld.

Der Vorschlag der SGK-S für ein dBG sieht folgende Kantonsbeiträge vor:

- 2002: 300 Millionen Franken.
- 2003: 400 Millionen Franken
- 2004: 500 Millionen Franken

Die **SGK-S lehnt** eine rückwirkende **Befreiung der Kantone von der Beitragspflicht** im Rahmen eines dBG entschieden **ab**. Sie macht den Erlass eines dBG vom Zustandekommen einer aussergerichtlichen Vereinbarung zwischen der SDK und **santésuisse** über die Kantonsbeiträge für die Jahre bis und mit 2001 abhängig.

### 15. März 2002

Der **Bundesrat befürwortet** aus Rücksicht auf die finanzielle Situation der Kantone als auch wegen der Notwendigkeit eines geordneten Übergangs bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG das **dBG**.

### **21. März, 6. und 11. Juni 2002**

Der Ständerat behandelt den Entwurf für ein dBG als Erstrat in Sitzungen vom 21. März und 11. Juni 2002. Der Nationalrat behandelt den Entwurf als Zweitrat in Sitzungen vom 6. und 11. Juni 2002.

### **21. Juni 2002**

In den Schlussabstimmungen **heissen National- und Ständerat das dBG** über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung **einstimmig (ohne Gegenstimme) gut** (Ständerat: 40 zu 0; Nationalrat: 189 zu 0).

### **30. Juni 2002**

Die **aussergerichtliche Vereinbarung** zwischen der SDK und santésuisse über die Finanzierung der innerkantonalen stationären Behandlungen von Privat- und Halbprivat-versicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern **für die Zeit bis zum 31. Dezember 2001** sowie über den Vollzug des dBG **kommt zu Stande**. Die Vereinbarung tritt – gleich wie das dBG – rückwirkend per 1. Januar 2002 in Kraft. Ziel der Vereinbarung ist der geregelte und prozessfreie Übergang zur Regelung der Spitalfinanzierung gemäss der 2. Teilrevision des KVG. Die **assura tritt** der Vereinbarung zusammen mit der Supra **nicht bei**.

Die wichtigsten Punkte der Vereinbarung zwischen der SDK und santésuisse vom 30. Juni 2002 lauten:

#### **Forderungen für Behandlungen vor dem 31. Dezember 2001**

- Die Kantone bezahlen santésuisse zur Abgeltung der Forderungen resultierend aus dem EVG-Entscheid vom 30. November 2001 pauschal **250 Millionen Franken**.
- Dieser Betrag versteht sich als Gesamtabgeltung für alle Forderungen aller Krankenkassen gegenüber allen Kantonen für den Zeitraum vom **1. Januar bis 31. Dezember 2001**.
- Bei allfälligen Zahlungsverpflichtungen für die Zeit vor dem 1. Januar 2001 (verursacht durch Krankenkassen, die dem Stillhalteabkommen nicht beigetreten waren) verpflichtet sich santésuisse, die Hälfte des Zahlungsbetrags zu übernehmen.

#### **Forderungen für Behandlungen ab dem 1. Januar 2002**

- Die Kantone gelten die Forderungen bis Ende 2004 in einer Übergangslösung auf dem **dBG** basierend ab.

### **30. September 2002**

Die SDK überweist santésuisse als Gesamtabgeltung für alle Forderungen der Krankenkassen gegenüber den Kantonen für das Jahr 2001 die in der aussergerichtlichen Vereinbarung ausgehandelten 250 Millionen Franken.

### **17. Oktober 2002**

Die assura reicht gegen das dBG das **Referendum** ein.

Die assura ist nicht einverstanden, dass die Kantone ihren Anteil nur stufenweise und nicht sofort und vollumfänglich leisten müssen. Damit werde die Privat- und Halbprivatversicherung zu wenig und nicht rasch genug entlastet.

### **9. Februar 2003**

Die Stimmberechtigten entscheiden, ob sie das **dBG annehmen**, bzw. das Referendum der assura ablehnen wollen.

### **21. Juni 2003**

Bei einer **Ablehnung** des dBG durch das Volk tritt das Gesetz zu diesem Zeitpunkt ausser Kraft.

### **31. Dezember 2004**

Bei einer **Annahme** des dBG durch das Volk tritt das Gesetz zu diesem Zeitpunkt ausser Kraft.

# Oui à la loi sur le financement équitable des hôpitaux le 9 février 2003

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance maladie

## Chronologie

Ce document présente, en s'appuyant sur les dates charnières, la genèse de la **Loi fédérale urgente (LFu)** (dont le titre est indiqué dans le cadre ci-dessus), votée à l'unanimité le 21 juin 2002 par le Conseil national et le Conseil des États.

### 1er Janvier 1996

La LAMal entre en vigueur. Elle prescrit que l'assurance-maladie obligatoire doit prendre en charge au maximum 50 % des coûts facturables en division commune des hôpitaux publics et subventionnés (Art. 49 Par. 1). L'assurance complémentaire dédommage les hôpitaux pour leurs dépenses *supplémentaires* (par rapport à ceux effectués en division commune) lors du séjour d'une personne assurée dans une **division privée ou semi-privée**, pour les soins dispensés par le médecin-chef ainsi que pour la possibilité de choisir librement son médecin.

Les **coûts résiduels** des hôpitaux publics ou subventionnés sont supportés par le **canton** ou éventuellement par la commune.

Après l'entrée en vigueur de la LAMal, les cantons et les caisses d'assurance-maladie étaient en désaccord sur la manière d'interpréter l'obligation pour les cantons de participer au financement des traitements des patientes et des patients au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée. Les cantons estimaient que leur obligation de participer au financement ne s'appliquait qu'aux assurés en division commune. Les **caisses d'assurance-maladie ont sollicité** des cantons la mise en place d'un **montant de base** pour les assurés en division privée et semi-privée.

### 16 décembre 1997

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a décidé que les cantons devaient participer au financement des **traitements** hospitaliers **extra-cantonaux prescrits pour raisons médicales**, indépendamment du type de division de l'hôpital public ou subventionné dans lequel la personne assurée a effectivement séjourné.

Le 16 décembre 1997, le TFA rend son arrêt concernant les hôpitaux publics et subventionnés, et le 19 décembre concernant les hôpitaux privés. Le TFA ne prend **pas** position quant à l'obligation pour les cantons de participer au financement des traitements **intra-cantonaux** des divisions privées ou semi-privées. La LFu concerne précisément l'obligation de participer au financement des traitements intra-cantonaux.

### **7 juillet 1998**

La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et le Concordat des assureurs maladie (CAM, appelé depuis *santésuisse*) concluent un **moratoire**: En attendant la deuxième révision partielle de la LAMal, les caisses d'assurance-maladie s'engagent à prendre en charge jusqu'au 31 décembre 2000 l'ensemble des coûts des traitements **intra-cantonaux** des assurés en division privée et semi-privée dans les hôpitaux publics et subventionnés. Les cantons assument leur obligation de participer au financement des traitements **extra-cantonaux** pour les années 1996 à 2000 par un montant forfaitaire. La caisse **assura** et quelques très petites caisses d'assurance-maladie ne signent pas le moratoire.

Ce moratoire doit s'appliquer jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2000. Le moratoire pourrait être prolongé jusqu'au 31 décembre 2001.

### **18 septembre 2000**

Dans la proposition de révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral propose que les coûts des séjours hospitaliers soient pris en charge pour moitié par l'assurance-maladie obligatoire, et pour moitié par le canton de résidence du patient (sous réserve que l'hôpital en question corresponde à la planification du canton de résidence de l'assuré-maladie).

En conséquence, les **caisses d'assurance-maladie** ne sont **pas prêtes à prolonger le moratoire** avec les cantons au-delà de l'an 2000.

Les caisses d'assurance-maladie veulent, par la résiliation du moratoire, accélérer la révision partielle de la LAMal, car il s'avère qu'il faudra plus de temps que prévu jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée.

#### **10 janvier 2001**

La CDS tente en vain d'amener la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) à préparer une LFu qui limiterait les contributions cantonales aux coûts des traitements intra-cantonaux des assurés en division privée et semi-privée des hôpitaux publics et subventionnés à la seule division commune, du 1er janvier 2001 jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée. Selon l'avis de la Commission, les cantons et les caisses d'assurance-maladie devraient trouver une solution par la  **négociation**.

#### **20 octobre 2001**

La CDS et *santésuisse* négocient une solution transitoire applicable jusqu'à l'entrée en vigueur de la seconde révision de la LAMal. Cet accord prévoit que les contributions cantonales pour les coûts des traitements **intra-cantonaux** des assurés en division privée et semi-privée soient nulles pour 2001, mais que ces montants soient pris en charge dans la limite de 50 % des tarifs des caisses d'assurance-maladie pour la division commune, pour **2002** et **2003**. Cet **accord n'aboutit pas**, bien qu'une forte majorité des cantons l'approuvent.

22 cantons devraient signer l'accord jusqu'à fin 2001. Cependant, lors d'une consultation de la CDS en octobre 2001, seuls 17 cantons se déclarent prêts à signer l'accord. L'accord échoue donc au niveau du quorum des cantons.

#### **6 novembre 2001**

La CDS demande à nouveau au Conseil des États de mettre en place, par une LFu au niveau législatif, un règlement clair applicable jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée. La proposition de la CDS pour une LFu s'appuie sur l'accord avorté d'octobre 2001. Ni le Conseil des États ni la CSSS ne donnent suite à cette proposition.

La CSSS justifie sa décision par la volonté de ne pas porter préjudice aux réglementations futures par l'application d'un droit d'urgence. En outre, l'application rétroactive d'une LFu au 1er janvier 2001 serait juridiquement impossible.

### **30 novembre 2001**

En novembre 2001, le TFA arrête, dans le cadre d'une procédure introduite initialement par *assura* contre le Département des affaires sanitaires et sociales du canton de Genève, que **les cantons doivent également participer au financement des prestations hospitalières intra-cantoniales des assurés en division privée et semi-privée, dans les hôpitaux publics et subventionnés**. L'obligation de participer au financement doit correspondre aux frais qui ne sont pas supportés par les assurances-maladie obligatoires des personnes assurées, pour les traitements en division commune de ces hôpitaux.

Jusque-là, les coûts des traitements hospitaliers intra-cantonaux dans les services privés ou semi-privés devaient être supportés par les assurances privées et semi-privées des caisses d'assurance-maladie, à l'exception du montant de base pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Le TFA précise, par la publication de l'arrêt du 8 décembre 2001, que **la pratique de financement actuellement en vigueur n'est pas conforme à la LAMal**. Cette pratique doit être corrigée. Cette correction génère des **charges supplémentaires massives pour les cantons** et une **réduction des charges des assurances privées et semi-privées**. Suite à cet arrêt, les cantons et les caisses d'assurance-maladie ne concluent pas d'accord sur l'amortissement des créances. Les caisses d'assurance-maladie réclament des remboursements aux cantons et aux hôpitaux.

### **12 décembre 2001**

La CDS et la Conférence des directeurs cantonaux des finances (CDF) prennent position communément sur l'arrêt du TFA. Ils indiquent que le TFA a rendu son arrêt **indépendamment de toute réflexion financière ou socio-politique**. Le TFA n'a pas tenu compte du fait que ni la proposition du Conseil fédéral relative à la LAMal du 18 septembre 2000, ni les débats des Commissions et du Parlement n'ont évoqué l'obligation pour les cantons de subventionner les coûts supplémentaires des traitements hospitaliers en division privée et semi-privée, qui se chiffrent à plusieurs milliards de francs. Les conséquences de l'arrêt du TFA sont contraires aux exigences des cantons exprimées dans le cadre du programme de stabi-



lisation de 1998. Ils sollicitent ainsi le Parlement fédéral pour qu'il assume ses responsabilités législatives et qu'il apporte rapidement un correctif sous la forme d'une LFu.

La proposition de LFu formulée par la CDS reprend pour l'essentiel le contenu de l'accord avorté entre la CDS et *santésuisse* d'octobre 2001. Contrairement au projet d'accord, la proposition de LFu laisse ouverte la possibilité d'appliquer **avec effet rétroactif l'obligation de participer au financement des cantons pour l'année 2001**. La LFu devrait s'appliquer jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée.

#### **13 décembre 2001**

Le Conseiller d'État Gian-Reto Plattner (BS) dépose, avec d'autres membres du Conseil des États, une **initiative parlementaire informelle**. Celle-ci réclame une LFu.

#### **14 décembre 2001**

La **Conférence des gouvernements cantonaux (CGC)** décide en assemblée plénière à l'unanimité d'appuyer une LFu qui dégage les cantons de leur obligation de participer au financement pour les coûts des traitements hospitaliers intra-cantonaux en division privée et semi-privée, de 2002 jusqu'à l'entrée en vigueur de la seconde révision de la LAMal.

La CDS et la CDF n'entrevoient que des **chances très restreintes** pour l'adoption de la proposition de la CGC, appelée **variante nulle**.

#### **20 décembre 2001**

Au cours d'une réunion exploratoire entre la CDS et *santésuisse*, les caisses d'assurance-maladie insistent pour obtenir les **paiements à partir du 1 janvier 2001**. Cependant, ils sont disposés à discuter, pour une période transitoire, de solutions de compromis sous forme d'une LFu. Cependant, les caisses d'assurance-maladie font état, du fait de l'arrêt du TFA, de montants nettement plus élevés à payer par les cantons que ceux qui étaient prévus par l'accord avorté d'octobre 2001.

### 8 janvier 2002

La CDS et *santésuisse* s'accordent, au cours d'une discussion, sur la **nécessité d'une LFu** permettant d'éviter le risque imminent de chaos.

Cependant, la CDS et *santésuisse* sont en désaccord sur le pourcentage des tarifs qui devraient être payés à titre de la participation cantonale, et sur le montant forfaitaire qui devrait amortir toutes les créances des caisses d'assurances-maladie avant l'application rétroactive de la LFu (date d'entrée en vigueur 1er janvier 2002).

### 12 février 2002

La CDS et *santésuisse* s'accordent, après conciliation de la Conseillère d'état Ruth Dreifuss, sur une contribution cantonale globale pour 2001 à hauteur de 250 millions de francs. Les cantons doivent décider jusqu'au 30 avril 2002 de leur participation à cet accord.

### 13 février 2002

La CSSS propose, par une initiative de la commission, une LFu pour 2002 à 2004. La proposition de la CSSS permettrait aux caisses d'assurance-maladie d'obtenir leur argent sans action judiciaire.

La proposition de la CSSS pour une LFu prévoit les contributions cantonales suivantes:

- 2002: 300 millions de francs.
- 2003: 400 millions de francs.
- 2004: 500 millions de francs.

La **CSSS rejette** catégoriquement une **exonération** rétroactive **des cantons de leur obligation de contribution** dans le cadre d'une LFu. Elle conditionne le dépôt d'une LFu à la signature d'un accord extrajudiciaire entre la CDS et *santésuisse* à propos des contributions cantonales pour les années 2001 et antérieures.

### 15 mars 2002

Le **Conseil fédéral approuve la LFu**, pour répondre à la situation financière des cantons ainsi qu'à la nécessité de la mise en place d'une solution transitoire ordonnée jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée.

### **21 mars, 6 et 11 juin 2002**

Le Conseil des États traite le projet d'une LFu en première lecture au cours des sessions du 21 mars et du 11 juin 2002. Le Conseil national traite le projet en seconde lecture au cours des sessions du 6 et 11 juin 2002

### **21 juin 2002**

Par un vote final, **le Conseil national et le Conseil des États approuvent à l'unanimité (sans voix contre)** la loi fédérale urgente sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Conseil des États: 40 à 0; Conseil national: 189 à 0).

### **30 juin 2002**

L'**accord extrajudiciaire** prévu entre la CDS et *santésuisse* sur le financement des coûts des traitements stationnaires intra-cantonaux des assurés en division privée et semi-privée dans les hôpitaux publics et subventionnés pour **la période allant jusqu'au 31 décembre 2001**, ainsi que sur l'application de la LFu, **est signé**. À l'instar de la LFu, cet accord s'applique avec effet rétroactif au 1er janvier 2002. L'objectif de cet accord est la transition organisée et sans intervention judiciaire du règlement du financement hospitalier, conformément à la seconde révision partielle de la LAMal. Les caisses *assura* et Supra ne **signent pas cet accord**.

Les points essentiels de l'accord conclu entre la CDS et *santésuisse* le 30 juin 2002 sont les suivants:

#### **Créances concernant les traitements antérieurs au 31 décembre 2001**

- Les cantons payent une somme forfaitaire de **250 millions de francs** à *santésuisse*, en règlement des créances résultant de l'arrêt du TFA du 30 novembre 2001.
- Ce montant est considéré comme un règlement global pour toutes les créances de toutes les caisses d'assurance-maladie vis-à-vis de tous les cantons pour la période du **1er janvier au 31 décembre 2001**.
- Concernant les obligations de paiement pour la période antérieure au 1er janvier 2001 (ayant pour origine les caisses d'assurance-maladie qui n'avaient pas adhéré au moratoire), *santésuisse* s'engage à prendre en charge la moitié des sommes à payer.

#### **Créances concernant les traitements postérieurs au 2002**

- Les cantons remboursent les créances jusqu'à fin 2004, dans une solution transitoire s'appuyant sur la LFu.

#### **30 septembre 2002**

La CDS verse à *santésuisse* le montant de 250 millions de francs négocié dans l'accord extrajudiciaire, comme amortissement global de l'ensemble des créances des caisses d'assurance-maladie vis-à-vis des cantons pour l'année 2001.

#### **17 octobre 2002**

La caisse *assura* dépose un **référendum** contre la LFu.

La caisse *assura* n'accepte pas que les cantons puissent régler leur part progressivement et non immédiatement et totalement. D'après elle, les assurances privées et semi-privées ne seraient qu'insuffisamment et trop lentement déchargées.

#### **9 février 2003**

Les électeurs décident s'ils **approuvent la LFu**, c'est-à-dire s'ils rejettent le référendum de la caisse *assura*.

#### **21 juin 2003**

En cas de **rejet** de la LFu par le peuple, cette loi est abrogée à compter de cette date.

#### **31 décembre 2004**

En cas d'**adoption** de la LFu par le peuple, cette loi est abrogée à compter de cette date.