

JAAC 59.20

Entscheid des Bundesrates vom 27. April 1994

Assurance-maladie. Taxes hospitalières mises à la charge des patients domiciliés hors du canton.

Art. 19^{bis} al. 5 LAMA. La LAMA part du principe que les cantons peuvent fixer librement les tarifs pour les patients domiciliés hors du canton - en tenant compte de leur financement partiel par les impôts. S'agissant d'hospitalisations à l'extérieur du canton requises médicalement, il existe une «protection tarifaire de l'assuré» qui ne s'applique cependant qu'aux relations entre l'assuré et sa caisse (détermination du tarif qui doit être payé par les caisses).

AFU. Les travaux préparatoires montrent que l'AFU de 1991 et celui de 1992 sont rattachés au système tarifaire de la LAMA. L'AFU 1992 ne concerne dès lors pas non plus les tarifs applicables aux patients domiciliés à l'extérieur du canton.

Art. 73 al. 1^{er} PA. La compétence du Conseil fédéral présuppose une violation du droit fédéral. Les taxes hospitalières mises à la charge des patients domiciliés dans d'autres cantons ne peuvent dès lors être examinées par le Conseil fédéral que si elles sont réglées par la LAMA et/ou par l'AFU. Non-entrée en matière du Conseil fédéral sur un recours.

Krankenversicherung. Spitaltaxen für ausserkantonale Patienten.

Art. 19^{bis} Abs. 5 KUVG. Das KUVG geht davon aus, dass die Kantone die Tarife für ausserkantonale Patienten frei - in Berücksichtigung ihrer teilweisen Finanzierung durch Steuergelder - festlegen können. Betreffend medizinisch bedingte ausserkantonale Hospitalisationen besteht - allerdings nur im Verhältnis Versicherte/Kassen - ein sogenannter Tarifschutz des Versicherten (Bestimmung des von den Kassen zu bezahlenden Tarifs).

ddb. Die Materialien zeigen, dass der dBB von 1991 und jener von 1992 an das Tarifsysteem des KUVG anknüpfen. Die Tarife für ausserkantonale Patienten werden daher auch nicht vom dBB 1992 erfasst.

Art. 73 Abs. 1 VwVG. Die Zuständigkeit des Bundesrates setzt eine Verletzung von Bundesrecht voraus. Spitaltaxen für ausserkantonale Patienten können daher vom Bundesrat nur überprüft werden, sofern diese vom KUVG und/oder vom dBB geregelt werden. Nichteintreten des Bundesrates auf eine Beschwerde.

Assicurazione contro le malattie. Tasse ospedaliere per pazienti di altri Cantoni.

Art. 19^{bis} cpv. 5 LAMI. La LAMI si basa sul principio che i Cantoni - tenendo conto del finanziamento parziale attraverso le imposte - sono liberi di fissare le tariffe per pazienti provenienti da altri Cantoni. Per quanto riguarda i ricoveri per motivi medici in ospedali fuori dal Cantone, vi è - nel rapporto assicurati/casse - una cosiddetta protezione tariffale dell'assicurato (determinazione della tariffa che le casse devono pagare).

DFU. I materiali dimostrano che il DFU del 1991 e quello del 1992 poggiano sul sistema di tariffe della LAMI. Il DFU 1992 non si applica pertanto alle tariffe per pazienti di altri Cantoni.

Art. 73 cpv. 1 PA. La competenza del Consiglio federale presuppone una violazione del diritto federale. Le tasse ospedaliere per pazienti domiciliati in altri Cantoni possono pertanto essere analizzate dal Consiglio federale solamente nella misura in cui esse sono regolate dalla LAMI e/o dal DFU. Il Consiglio federale non entra nel merito di un ricorso.

I

A. Am 22. Dezember 1992, mit Publikation in der kantonalen Gesetzessammlung vom 16. Januar 1993, änderte der Regierungsrat des Kantons Luzern auf Antrag des Gesundheitsdepartementes die Verordnung über die Taxen für die stationäre Behandlung von Patienten in den kantonalen Heilanstalten (Taxverordnung I) vom 6. Dezember 1988 (G 1988 311 bzw. G 1993 108).

Anlässlich dieser Änderung der Taxverordnung I erhöhte der Regierungsrat die Taxe für ausserkantonale Patienten im Kantonsspital sowie im Kinderspital von bisher Fr. 730.- auf Fr. 975.-, jene in den Spitälern Sursee und Wolhusen von Fr. 560.- auf Fr. 800.-.

B. Gegen diese Änderung der Taxverordnung I erhoben verschiedene Krankenkassenverbände am 15. Februar 1993 Verwaltungsbeschwerde beim Bundesrat und stellten in der Hauptsache folgende Rechtsbegehren:

«1. Es sei festzustellen, dass der Regierungsrat des Kantons Luzern mit der vorliegenden Taxverordnung die Bestimmungen des dringlichen BB vom 9. Oktober 1992 verletzt hat.

2. Es sei der Regierungsrat anzuweisen, die Taxen der ausserkantonalen Patienten betreffend das Kantonsspital und Kinderspital Luzern für ausserkantonale Patienten auf Fr. 778.91 festzulegen.

Weiter sei der Regierungsrat anzuweisen, die Taxe für ausserkantonale Patienten, welche in den Spitälern Sursee und Wolhusen behandelt werden, auf Fr. 597.52 festzulegen.»

Die Krankenkassenverbände stützten sich in ihrer Beschwerde auf ein Schreiben der Sektion Gesundheitsökonomie des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) vom 13. November 1992 an das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, worin bekräftigt wird, der BB vom 9. Oktober 1992 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung (dBB 1992, SR 832.111) sei auch auf die Taxen für medizinisch bedingte ausserkantonale Hospitalisationen anwendbar.

C. Das Gesundheitsdepartement des Kantons Luzern bestritt vorerst, dass es sich um einen Erlass nach Art. 22 bis 22^{quater} des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG, SR 832.10) handle, der nach Art. 22^{quinquies} KUVG der Beschwerde an den Bundesrat unterliege. Zu den Verträgen im Sinne von Art. 22^{quater} Abs. 3 KUVG gehörten nur jene mit Heilanstalten im Wohnsitzkanton des Patienten. Auch der dBB 1992 sei vorliegend nicht anwendbar.

Im übrigen bestritt das Gesundheitsdepartement die Beschwerdelegitimation der Krankenkassenverbände, unter anderem, weil die ausserkantonalen Patienten Selbstzahler seien, und stellte auch die von den Krankenkassenverbänden angestellten Berechnungen in Frage.

D. In seinen Amtsberichten vom 28. Mai 1993 und 19. November 1993 bejahte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Anwendbarkeit von Art. 22^{quater} Abs. 3 KUVG und des dBB 1992 auf die Taxen bei medizinisch bedingten Hospitalisationen von ausserkantonalen Patienten, nicht jedoch für die übrigen ausserkantonalen Hospitalisationen.

Es hielt dafür, dass immer auf das neueste Zahlenmaterial abzustellen sei, auch wenn dieses der Vorinstanz bei ihrem Entscheid noch nicht vorgelegen haben sollte. Aufgrund detaillierter Berechnungen des Betriebsaufwandes (Personal- und Sachaufwand) der Jahre 1991 bis 1993 berechnete es die im Falle der Anwendbarkeit des dBB 1992 höchstzulässigen Tagespauschalen für ausserkantonale medizinisch bedingte Hospitalisationen pro 1993.

...

II

1. Nach Art. 129 Abs. 1 Bst. a und b OG ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen Verfügungen (Art. 5 VwVG) über Tarife auf dem Gebiet der Sozialversicherung ausgeschlossen. Dies gilt allerdings nur insoweit, als die Verfügung den Erlass oder die Genehmigung als Ganzes zum Gegenstand hat

oder unmittelbar einzelne Tarifbestimmungen als solche angefochten werden ([BGE 116 V 133](#)); die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist indes zulässig gegen Verfügungen, die in Anwendung eines Tarifs im Einzelfall erlassen worden sind.

Dagegen steht nach Art. 73 Abs. 1 Bst. c VwVG sowie Art. 22^{quinquies} KUVG gegen letztinstanzliche kantonale Verfügungen und gegen Tariferlasse von Kantonsregierungen die Verwaltungsbeschwerde an den Bundesrat offen (*Maurer Alfred*, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. II, Besonderer Teil, S. 369; *Boner Kilian / Holzherr Werner*, Schweizerische Juristische Kartothek [SJK], 1318, Krankenversicherung IV, Rechtspflege, S. 8).

Im Lichte dieser Abgrenzung betrifft die vorliegende Beschwerde zweifellos eine Tarifrage, weshalb die Verwaltungsgerichtsbeschwerde bereits aus diesem Grunde ausgeschlossen ist.

Die Zuständigkeit des Bundesrates nach Art. 73 Abs. 1 Bst. c VwVG setzt indes voraus, dass die Beschwerde die Verletzung von Bundesrecht betrifft.

Die Frage, ob der Bundesrat zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig sei (*Gygi Fritz*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 80), muss von Amtes wegen geprüft werden. Mit anderen Worten ist abzuklären, ob das Bundesrecht die ausserkantonalen Hospitalisationen regelt oder ob entsprechende Regelungen selbständiges kantonales Recht darstellen.

2.1. Unter dem Marginale «D. Versicherungsleistungen» umschreiben die Art. 12-14^{bis} KUVG die sogenannten Pflichtleistungen der Krankenkassen.

Dabei ist unter anderem festgehalten, dass die Leistungen der Krankenpflegeversicherung bei Aufenthalt in einer Heilanstalt mindestens die ärztliche Behandlung, einschliesslich der anerkannten Heilanzeigen, der Arzneimittel und Analysen nach den Taxen der allgemeinen Abteilung, sowie einen täglichen Mindestbeitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege zu umfassen haben (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG; Art. 24 Abs. 1 der Verordnung III vom 15. Januar 1965 über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände, [VO III], SR 832.140). Nicht zu den Pflichtleistungen gehören die sogenannten Verpflegungskosten (Kranken- und Unfallversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV], 1985, K 615, S. 29 ff.; [VPB 52.33](#)).

Nach KUVG sind die Tarife der Heilanstalten grundsätzlich durch Verträge zwischen den Kassen und den Heilanstalten festzulegen (Art. 22^{quater} Abs. 3 KUVG); solche Verträge bedürfen der Genehmigung durch die Kantonsregierung (Art. 22^{quater} Abs. 5 KUVG). Aus dieser Genehmigungskompetenz der Kantonsregierungen ergibt sich, dass sich die genehmigten Verträge grundsätzlich auf das Kantonsgebiet beschränken müssen, weil eine Regierung nur für Angehörige ihres Kantons verbindlich entscheiden kann. So schliessen in der Regel die kantonalen Krankenkassenverbände und die entsprechenden Heilanstalten beziehungsweise ihr Spitalträger einen Vertrag für die im betreffenden Kanton wohnhaften Patienten.

Beim Erlass des KUVG wie auch anlässlich der Revision des KUVG vom 13. März 1964 ging man davon aus, dass das vom KUVG geregelte Verfahren auf die Taxen für ausserkantonale Patienten nicht Anwendung finde.

Das Spitalwesen ist von Verfassungs wegen grundsätzlich Sache der Kantone. Deren Spital- und damit verbunden Finanzhoheit ist nur insoweit eingeschränkt, als die Gesetzgebung betreffend die Kranken- und Unfallversicherung dies ausdrücklich vorsieht.

2.2. Die Tarife der allgemeinen Abteilung dürfen nach der Herkunft der Patienten (Kantonsangehörige, Einwohner anderer Kantone, Ausländer) abgestuft werden (Art. 24 Abs. 2 VO III). Diese 1965 eingeführte Bestimmung, die bloss die von jeher geübte Praxis festhielt, ist weder vom Bundesrat noch vom Bundesgericht je in Zweifel gezogen worden (vgl. RKUV 1979, Nr. 368, und 1980, Nr. 412, sowie [BGE 112 V 192](#)). Sie hat ihren Grund darin, dass der Kostendeckungsgrad der allgemeinen Abteilungen öffentlicher Spitäler im Landesdurchschnitt bloss ungefähr 50% beträgt (Veröffentlichungen der Kartellkommission und des Preisüberwachers, 2/1993, Krankenkassen und Tarifverträge, S. 163); zu ungefähr 50% werden die Spitalkosten der allgemeinen Abteilungen mithin durch die Steuerzahler des Kantons, in dem das Spital liegt, finanziert. Eine verfassungskonforme Auslegung spricht daher für einen Verzicht auf Eingriffe in die kantonale Tarifgestaltung für Taxen ausserkantonomer Hospitalisationen. Den Kantonen muss es erlaubt sein, ausserkantonomer Patienten auch im Falle medizinisch bedingter Hospitalisationen die von ihnen verursachten Kosten voll zu überbinden. Daraus ergeben sich unterschiedliche Tarife je nach der Herkunft der Patienten (Patienten mit Wohnsitz im Kanton, ausserkantonale Patienten, Patienten mit Wohnsitz im Ausland).

Die Tariffreiheit der Kantone für ausserkantonale Patienten hatte zur Folge, dass in diesem Bereich im Laufe der Zeit ein weitgespanntes Netz interkantonomer Vereinbarungen betreffend die Kostenregelung für ausserkantonale Patienten geschaffen wurde. Mittels solcher Vereinbarungen können Tarife geschaffen werden, welche sowohl den Interessen der Versicherten und Kassen nach finanziell tragbaren Taxen als auch den Interessen der Kantone mit Zentrumsspitalern Rechnung tragen.

2.3. Etwas anderes kann auch nicht aus Art. 19^{bis} Abs. 5 KUVG abgeleitet werden. Diese Bestimmung steht unter dem Marginale «IV. Wahl der Heilanstalt; Kostenübernahme» und sieht vor, dass die Kassen ihre Leistungen für den Fall, dass sich der Versicherte aus medizinischen Gründen in eine bestimmte Heilanstalt begeben muss, nach den Taxen der allgemeinen Abteilung dieser Heilanstalt zu bemessen haben.

Art. 19^{bis} Abs. 5 KUVG bezieht sich nur auf Taxen für die in Art. 12 Ziff. 2 Abs. 2 KUVG festgelegten Pflichtleistungen.

Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass die Kantone die Tarife für ausserkantonale Patienten frei - in Berücksichtigung ihrer teilweisen Finanzierung über Steuergelder - festlegen können. Bei medizinisch notwendigen ausserkantonomer Hospitalisationen muss die Kasse ihre Leistungen nicht nach dem Tarif der kantonomer Heilanstalt am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung, sondern nach dem Tarif der allgemeinen Abteilung der ausserkantonomer Heilanstalt für ausserkantonale Versicherte, (welcher in der Regel wesentlich höher ist) erbringen (vgl. Art. 24 Abs. 2 VO III sowie [BGE 112 V 192](#)).

2.4. Wird das Tarifgeschehen betreffend ausserkantonale Patienten - der allein das Verhältnis «Versicherter-Kasse» regelnde Tarifschutz betrifft die Tarifgestaltung durch die Heilanstalten nicht - vom KUVG nicht geregelt, so finden auch die entsprechenden Zuständigkeits- und Verfahrensvorschriften des KUVG auf diese Tarife nicht Anwendung. Eine Zuständigkeit des Bundesrates zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde (vorne E. 1) kann daher nicht mit einer Verletzung des KUVG begründet werden.

2.5. Der Bundesrat hat denn auch entschieden, dass das interkantonale Tarifgeschehen von ihm nicht zu beurteilen ist (Entscheid des Bundesrates vom 18. November 1992 in Sachen X gegen den Kanton Bern). Bereits in VPB 48.45 hat er im übrigen festgestellt, dass die in Art. 19^{bis} KUVG enthaltenen Kriterien zur Bemessung der Höhe der Kassenleistungen in keinem Zusammenhang mit der behördlichen Verpflichtung zum Erlass eines Tarifs für den vertragslosen Zustand im Sinne von Art. 22^{quater} Abs. 3 KUVG stehen. Aus Art. 19^{bis} Abs. 5 KUVG kann mithin hinsichtlich ausserkantonaler medizinisch bedingter Hospitalisationen keine Zuständigkeit des Bundesrates nach Art. 22^{quinqües} KUVG in Verbindung mit Art. 22^{quater} Abs. 3 KUVG begründet werden.

Die im Gange befindliche Revision der Krankenversicherung sieht gemäss der Botschaft des Bundesrates vor, dass die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Kantonseinwohner vom Wohnkanton des Versicherten zu übernehmen ist (Art. 35 Abs. 3 des Entwurfs, bzw. Art. 41 Abs. 3 der Referendumsvorlage des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG] vom 18. März 1994, BBl 1994 II 247). Die Botschaft geht vom Grundsatz aus, dass die Kantone ausserkantonalen Patienten die durch sie verursachten Kosten voll belasten dürfen, die Kantone mithin nicht zu deren Subventionierung verpflichtet sind.

3. Es bleibt daher nur noch zu prüfen, ob eine Bundesrechtsverletzung und damit die Zuständigkeit des Bundesrates mit einer Verletzung des dBB 1992 begründet werden kann.

Der Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung (BBl 1991 IV 923) ist zu entnehmen, dass mit dem dBB vom 13. Dezember 1991 am Verfahren und den Zuständigkeiten des KUVG für die Festlegung und Genehmigung von Tarifen nichts geändert werden soll (vgl. [VPB 58.50](#)). Da der Geltungsbereich im dBB vom 9. Oktober 1992 der gleiche geblieben ist (BBl 1992 V 941), hat sich diesbezüglich nichts geändert.

Die Materialien zeigen zudem, dass die Kantone ihre Bedenken bezüglich Rechtssicherheit und Respektierung ihrer Kompetenzen klar zum Ausdruck gebracht haben; in die gleiche Richtung zielt auch ein neuester Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 4. November 1993. Auch die Tatsache, dass im Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 13. Dezember 1991 (AS 1991 2604 ff.) ein Art. 4 eingefügt werden musste, wonach der Bundesrat den Räten vor Ablauf der Gültigkeitsdauer ein Massnahmenpaket zu unterbreiten hatte, das den Interessen der Kantone besser entspreche, spricht für eine zurückhaltende Interpretation des dBB. Der Botschaft des Bundesrates ist mit dem Hinweis, dass Verfahren und Zuständigkeiten betreffend Festsetzung und Genehmigung von Tarifen (Art. 22^{quater} und 22^{quinqües} KUVG) nicht geändert

werden sollen, klar zu entnehmen, dass der dBB 1992 nur auf solche Taxen Anwendung findet, die nach den Regeln des KUVG festgelegt werden; zudem fehlt in den Materialien jeglicher Hinweis, dass der dBB auch die Tarife ausserkantonaler medizinisch bedingter Hospitalisationen erfassen soll. Daher ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Taxen nicht dem dBB 1992 unterliegen.

4. Fehlt nach dem Gesagten eine Zuständigkeit des Bundesrates zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde nach Art. 22^{quater} Abs. 3 und 5 sowie Art. 22^{quinquies} KUVG und finden auch die Bestimmungen des dBB nicht Anwendung, ist mangels Zuständigkeit des Bundesrates nicht auf die Beschwerde einzutreten.

...

6. Wenn nun Kantone - unter anderem infolge der Verschlechterung ihrer finanziellen Lage - den ausserkantonalen Patienten einen höheren Anteil oder gar die volle Deckung der von ihnen verursachten Kosten auferlegen, entsteht für die Krankenkassen wegen der einschränkenden Bestimmungen des dBB 1992 betreffend Prämien erhöhungen (Art. 5 und 6) eine erhebliche Mehrbelastung. Mit der im KVG vom 18. März 1994 vorgesehenen Kostenbeteiligung des Wohnkantons ist indes Abhilfe geplant. Der Bundesrat erinnert im übrigen die Kantone an ihre Verantwortung für eine massvolle Preisgestaltung und ruft sie zu freiwilliger Selbstbeschränkung bei solchen Tarifierhöhungen auf. Er ist auch der Auffassung, dass das Instrument interkantonalen Vereinbarungen vermehrt genutzt werden sollte, um bis zum Inkrafttreten des revidierten KUVG eine allen Parteien gerecht werdende Regelung auch im Falle medizinisch notwendiger ausserkantonalen Hospitalisationen sicherzustellen.

7. Weil die angefochtenen Taxen nicht vom Bundesrecht geregelt werden, können die entsprechenden - kantonalen - Bestimmungen nur wegen Verletzung verfassungsmässiger Rechte der Bürger (Art. 84 Abs. 1 Bst. a OG) mit staatsrechtlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden.

Da mit der vorliegenden Beschwerde indes allein eine Verletzung des dBB 1992 geltend gemacht wird, geht der Bundesrat davon aus, dass die Beschwerdeführer ihre Beschwerde nicht gleichzeitig als staatsrechtliche Beschwerde verstehen wollten. Von einer Überweisung der Beschwerde an das Bundesgericht (Art. 8 Abs. 1 VwVG) wird daher abgesehen.

JAAC 59.20 - Entscheid des Bundesrates vom 27. April 1994

In	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
Dans	Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération
In	Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione
Jahr	1995
Année	
Anno	
Band	59
Volume	
Volume	
Seite	---
Page	
Pagina	
Ref. No	150 002 573

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv und die Bundeskanzlei konvertiert.
Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses et la Chancellerie fédérale.
Il documento è stato convertito dall'Archivio federale svizzero e della Cancelleria federale.