

Sitzung vom 19. Januar 2000

**65. Anfrage (Kostentransparenz im Gesundheitswesen)**

Kantonsrat Jörg Kündig, Gossau, hat am 25. Oktober 1999 folgende Anfrage eingereicht:

Das Gesundheitswesen im Kanton Zürich ist mehrschichtig organisiert. Neben den öffentlichen, für die Akutversorgung vorgesehenen Spitälern, welche in der Regel von Zweckverbänden getragen werden, gibt es Einrichtungen der Langzeitversorgung sowie private Spitäler. Ausserdem werden in zunehmendem Masse Aufgaben den lokalen Spitex-Organisationen übertragen. Sowohl im Statistischen Jahrbuch als auch in Budget und Rechnung des Kantons Zürich finden nur die direkt vom Kanton übernommenen Betriebskosten sowie jener Anteil der Investitionen Aufnahme, welche im Rahmen der Subventionierung vom Kanton übernommen wird.

Wenn in Verlautbarungen der Regierung von den Gesundheitskosten gesprochen wird, sind demzufolge immer nur jene Kosten gemeint, welche direkt vom Kanton übernommen werden. Nicht enthalten sind die noch verbleibenden Investitionen sowie deren Abschreibung und Verzinsung über die Laufenden Rechnungen der Gemeinden und Städte sowie die den Gemeinden oder Zweckverbänden verbleibenden Kosten. Die Gesamtkosten sind offensichtlich massiv höher, als sie von der Regierung jeweils kommuniziert werden.

Die Beteiligung an den Kosten der öffentlichen Spitäler werden über Leistungsvereinbarungen geregelt. Diese wiederum basieren auf den genau definierten Leistungsaufträgen für die Grundversorgung. Privatspitäler sind von dieser Regelung ausgeschlossen.

Der Regierungsrat hat zudem beschlossen, dass durch eine generelle Senkung der Beitragsstufen um 18 Prozent der Kantonshaushalt um 37 Millionen entlastet werden soll. Diese 37 Millionen sollen inskünftig von den Gemeinden übernommen werden. Allerdings muss der Kantonsrat noch darüber befinden.

Die Abgeltung der Betriebskosten über das KVG ist im §49 des KVG geregelt. Wie ein gesamtschweizerischer Vergleich zeigt, gibt es deutliche regionale Unterschiede, welche begründete Zweifel aufkommen lassen, dass die Anwendung dieses Paragraphen tatsächlich gesamtschweizerisch gleich gehandhabt wird. Insbesondere ist hier der französische Teil der Schweiz zu erwähnen.

Ich bitte den Regierungsrat, zu folgenden Fragen Stellung zu nehmen:

1. Welche Massnahmen sieht der Regierungsrat vor, um inskünftig vollständige Transparenz bei den Gesundheitskosten zu schaffen, wobei sämtliche, auch bei den Gemeinden und Zweckverbänden anfallenden Kosten mit einbezogen werden?
2. Welche Massnahmen sieht der Regierungsrat vor, um zu verhindern, dass künftig die profitablen, sprich mehr als nur kostendeckenden Behandlungen von Patienten durch private Spitäler übernommen werden und die kostenaufwendigen, nicht kostendeckenden Eingriffe und Behandlungen den Spitälern der öffentlichen Hand überlassen werden (zum Beispiel durch Lockerung der Leistungsaufträge und Gewährung entsprechender Freiräume für die Spitäler der öffentlichen Hand)?
3. Welche Entscheidungskompetenzen verbunden mit der vorgesehenen zusätzlichen finanziellen Belastung der Gemeinden werden an die Gemeinden beziehungsweise an die von diesen getragenen Spitalzweckverbände delegiert?
4. Welche Massnahmen sind vorgesehen, um allfällige gesamtschweizerische Unregelmässigkeiten oder Ungereimtheiten bei der Anwendung von §49 KVG zu erkennen und deren Behebung zu veranlassen?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Jörg Kündig, Gossau, wird wie folgt beantwortet:

1. Im Bereich der Gesundheit sind zahlreiche Akteure auf verschiedenen Ebenen beteiligt, insbesondere Bund, Kantone und Gemeinden, Kranken- und Unfallversicherer, Prämienzahler und Leistungserbringer im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich. Zudem stehen andere Sozialversicherungsbereiche (Alters-, Invaliden- und Militärversicherung) sowie Bereiche der Sozialhilfe in Wechselwirkungen zum Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund würde wohl erst eine vollumfängliche Entflechtung der verschie-

denen Ebenen und Bereiche vollständige Transparenz bei den Gesundheitskosten zu schaffen. Mit dem vom Regierungsrat am 15. September 1999 festgelegten konsolidierten Entwicklungs- und Finanzplan 2000–2003 (KEF 2000) wurde auf Ebene Kanton ein Instrumentarium geschaffen, das u.a. auch die Transparenz der Aufwendungen des Kantons im Gesundheitsbereich erheblich erhöht. Der KEF unterscheidet bei der Gesundheitsdirektion im Wesentlichen folgende Leistungsgruppen: Steuerung Politikfeld Gesundheit (einschliesslich Aufsicht und Bewilligungen), Prävention/Gesundheitsförderung, somatische Akutversorgung und Rehabilitation, psychiatrische Versorgung, Langzeitversorgung, zahnmedizinische Versorgung, Unterstützungsleistungen (einschliesslich Beiträge an Krankenkassenprämien) sowie Schulen (Pflegeberufe, medizinisch-therapeutische und technische Berufe). Auf Ebene der stationären Leistungserbringer wird seit mehreren Jahren eine Kostenstellenrechnung geführt. Die Gesundheitsdirektion hat zusammen mit den Leistungserbringern bereits «Standards» für die Einführung einer Kostenträgerrechnung im Spitalbereich festgelegt. Einige Spitäler haben bereits mit der Umsetzung dieser vermehrt Kostentransparenz schaffenden Kostenträgerrechnung begonnen. Der ambulante Bereich wird weitgehend durch nichtsubventionierte private Arztpraxen und Tageskliniken versorgt. Die dort anfallenden Gesundheitskosten sind der öffentlichen Hand nur über die wenig publizierten Angaben der Versicherer zugänglich. Auch der Regierungsrat ist der Ansicht, dass auf Stufe der Versicherer vermehrte Transparenz wünschbar wäre. Diese zu schaffen, wäre indessen Sache des Bundes. Nach Art. 21a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) können die Kantone zwar bei den Versicherern die gleichen amtlichen Dokumente einholen, die von der Bundesbehörde für die Genehmigung der Prämientarife benötigt werden. Sie dürfen diese Unterlagen indessen nur dazu verwenden, um zu den von den Krankenversicherern vorgesehenen Prämien erhöhungen zuhanden des Bundesrates Stellung zu nehmen.

Die Nettoaufwendungen der Gemeinden für die Krankenpflege werden auf Grund der Jahresrechnungsergebnisse der Gemeinden im Gemeindefinanz-Informationssystem (GEFIS) erfasst. Das Statistische Amt erarbeitet im Auftrag der Gesundheitsdirektion periodisch eine Übersicht über die Nettoaufwendungen für Spitäler, Kranken- und Pflegeheime und die ambulante Krankenpflege. Die letzte Publikation wurde im Heft Nr. 3/September 1997 für den Zeitraum von 1986 bis 1995 veröffentlicht. Analoge Auswertungen können auch für die inzwischen vollständig vorliegenden Jahre gemacht werden. Sofern dieses Zahlenmaterial den Bedürfnissen nach erhöhter Kostentransparenz noch nicht genügend Rechnung tragen wird, müsste die statistische Erfassung der Daten aus den Gemeinden neu strukturiert und verbessert werden.

2. Im Bereich der Krankenversicherung stehen sich bezüglich der Massnahmen, die zur Eindämmung der Gesundheitskosten ergriffen werden sollen, zwei grundlegend gegensätzliche Systeme gegenüber. Das eine setzt auf die kostendämpfende Wirkung eines stärkeren Wettbewerbs, das andere auf die interventionistischen Instrumente der Spitalplanung. Während die Grundversicherung als obligatorische Krankenpflegeversicherung der Planung unterworfen ist, untersteht die Zusatzversicherung dem Wettbewerb. Im Bereich der Grundversicherung sind die Kantone gemäss Art. 39 KVG verpflichtet, Leistungsaufträge für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu erteilen. Eine Lockerung der Leistungsaufträge würde der vorstehend erwähnten gesetzlichen Verpflichtung widersprechen und Raum für Überkapazitäten schaffen, was eine Senkung des Kostenbeteiligungsgrades der Versicherer zur Folge hätte (vgl. hinten Ziffer 4). Im Bereich der Zusatzversicherung, d.h. der Versorgung von Halbprivat- und Privatpatienten, sind Spitäler indessen weitgehend frei, ihr Angebot marktgerecht auszurichten. Letzteres erfordert, dass die staatlichen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler einerseits mit hinreichenden unternehmerischen Freiheiten ausgestattet sind (bezüglich der kantonalen Krankenhäuser ist ein wifl-Projekt zur Verselbstständigung der kantonalen Akutspitäler in Vorbereitung) und andererseits, dass den mit den reinen Privatspitälern konkurrierenden Spitälern hinreichende Mittel für die von den Privatpatientinnen und -patienten geforderte, einem hohen Komfortstandard entsprechende Hotellerie-Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden.
3. Mit Vorlage 3732 vom 29. September 1999 beantragte der Regierungsrat dem Kantonsrat die Genehmigung der Änderung der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege. Diese Vorlage, die im Wesentlichen eine Senkung der Kostenanteile an die Betriebsaufwendungen der beitragsberechtigten kommunalen und regionalen Akutspitäler, nicht aber ein Verlagerung von Entscheidungskompetenzen vorsah, wurde mit Kantonsratsbeschluss vom 13. Dezember 1999 nicht genehmigt.

4. Nach Art. 49 Abs. 1 KVG haben die Versicherer bei staatlichen und staatsbeitragsberechtigten Spitälern höchstens 50% der anrechenbaren Betriebskosten zu übernehmen. Der Bundesrat hat in seiner Entscheidung vom 13. August 1997 betreffend Festsetzung der ab 1. Januar 1996 im Kanton Zürich geltenden Spitaltaxen festgehalten, dass auf Grund der damaligen Kostentransparenz und der vorhandenen Überkapazitäten eine Kostenbeteiligung der Versicherer von 46% angemessen sei. Betreffend die neu ab 1. Januar 2000 geltenden Spitaltarife hat der Regierungsrat am 22. Dezember 1999 vor dem Hintergrund der über die Zürcher Spitalliste abgebauten Überkapazitäten sowie der verbesserter Kostentransparenz Spitalpauschalen festgesetzt, die je nach Spital und Leistungen Kostenbeteiligungen der Versicherer von 47,5 bis 50% vorsehen. Die Versicherer haben erklärt, gegen Taxerhöhungen Beschwerde beim Bundesrat zu erheben. Der Entscheid des Bundesrates sowie die vom Bundesrat gemäss Art. 49 Abs. 6 KVG noch zu erlassenden Grundsätze für eine einheitliche Kostenrechnung werden zu einer Vereinheitlichung der Anwendung der Spitalfinanzierungsregelungen beitragen. Zu bemerken bleibt, dass der Umfang der Kostenbeteiligung durch die Kantone und Gemeinden an die stationären Behandlungen unter anderem auch Gegenstand der laufenden Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Bereich Spitalfinanzierung ist. Nach dem derzeitigen Stand der Revisionsvorschläge ist insbesondere eine je hälftige Beteiligung der Kantone und der Krankenversicherer an den Vergütungen der Spitalkosten samt Investitionskosten vorgesehen. Neu ist auch geplant, die Privatbehandlungen unter die Planungs- und Mitfinanzierungspflicht der Kantone zu stellen. Die Stellungnahmen der Kantone sind indessen zu allen Revisionspunkten kontrovers ausgefallen. Die Ausdehnungen der Finanzierungs- und Planungspflichten wurde von den Kantonen indessen mehrheitlich abgelehnt. Angesichts dieser Reaktionen auf die Vorschläge des Bundesrates für eine künftige Spitalfinanzierung hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) mit den Exponenten des Gesundheitswesens erneut das Gespräch aufgenommen, mit dem Ziel, vor einer Überarbeitung der Vernehmlassungsvorlage Klarheit auch über andere Möglichkeiten hinsichtlich einer adäquaten Spitalfinanzierung zu prüfen.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat  
Der Staatsschreiber:  
**Husi**