

Sitzung vom 12. Juli 2006

1003. Anfrage (Definition des Krankenversicherungsgesetzes)

Kantonsrätin Cécile Krebs, Winterthur, und Kantonsrat Peter Schulthess, Stäfa, haben am 22. Mai 2006 folgende Anfrage eingereicht:

Die Basis der Gesundheitspolitik in den Kantonen ist das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG). Das damals verankerte Obligatorium ist die grösste soziale Errungenschaft in der Gesundheitsversorgung. Diese gewährleistet eine qualitativ hoch stehende Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung. Die Grundversicherung ist gesetzlich im Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt und untersteht der Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Die Gesundheitsdirektorin wird im Tages-Anzeiger vom 5. Oktober 2004 wie folgt zitiert: «Das KVG sieht die Zweiklassenmedizin vor.»

Das Rechtsgutachten vom renommierten Versicherungsspezialisten und Gesundheitsjuristen Ueli Kieser kommt zum unmissverständlichen Schluss: «Eine Zweiklassenmedizin ist mit dem Krankenversicherungsgesetz nicht zu vereinbaren.»

Mit dem Inkrafttreten des KVG ging ein Leistungsausbau einher. Es war nicht nur wie im bisherigen System ein Minimalleistungskatalog vorgeschrieben; als Zielsetzung wird neu die Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung angestrebt. Massgebend ist Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG, welcher die Übernahme des gesamten medizinischen Bereichs durch die Grundversicherung festlegt. Der Bereich der Zusatzversicherung ist damit stark eingeschränkt. Das Gesetz weist den Zusatzversicherungen eine klare Funktion zu: Über Zusatzversicherungen sollen nur noch Bereiche abgedeckt werden können, die einen ausschliesslichen Komfortcharakter haben.

Die Äusserungen der Gesundheitsdirektorin in der Ratsdebatte vom 15. Mai 2006 gegenüber dem KVG bzw. den zwei Versicherungssystemen werfen für uns erneut Fragen auf.

In diesem Zusammenhang bitten wir den Regierungsrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Welche Werte und die damit errungenen Leistungen misst der Regierungsrat dem KVG zu?
2. Wie versteht der Regierungsrat das KVG und die damit verbundene Aussage: Das KVG sieht eine Zweiklassenmedizin vor?

3. Welche Lösungsansätze sieht die Regierung zur Verhinderung der Zweiklassenmedizin im Grundleistungskatalog des KVG?
4. Wie wird in den kantonal subventionierten Spitälern im Kanton Zürich die Überprüfung von Leistungsansprüchen, die eigentlich unabhängig von der Versicherungsklasse gefällt werden müssten, kontrolliert?
5. Welche Strategie verfolgt die Regierung in den nächsten fünf Jahren in Bezug auf den Grundleistungskatalog im KVG?
6. Wie will der Regierungsrat seinen Einfluss geltend machen auf das EDI in Bezug auf den Grundleistungskatalog im KVG?
7. Welche Massnahmen unternimmt die Regierung zur Verhinderung einer Zweiklassenmedizin?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Cécile Krebs, Winterthur, und Peter Schulthess, Stäfa, wird wie folgt beantwortet:

Zu Frage 1:

Das am 1. Januar 1996 in Kraft getretene Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) hat gegenüber dem System des alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) zahlreiche neue Errungenschaften gebracht. Dazu gehören insbesondere das Versicherungsobligatorium mit Einheitsprämien (Solidarität der Versicherten), ein für alle Personen einheitlicher Pflichtleistungskatalog, eine zeitlich unbeschränkte Leistungspflicht der Krankenversicherer, eine individuelle Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sowie – im Interesse der Prämien- und Steuerzahler – die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Leistungserbringung. Weiter hat das KVG die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung einzuführen und sich bei der Finanzierung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler zu mindestens 50% zu beteiligen.

Zu Frage 2:

Das schweizerische Sozialversicherungsrecht kennt im Bereich der Krankenversicherung zwei unterschiedliche Systeme, die obligatorische Grund- und die freiwillige Zusatzversicherung nach Art. 12 Abs. 2 KVG.

Im Bereich der Grundversicherung sind nach KVG grundsätzlich alle Leistungen, die auf ärztliche Anordnung erfolgen, von den Krankenversicherern zu übernehmen; Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (= Grundversicherung) nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden, müssen

ausdrücklich vom Bundesrat bzw. kraft Delegation vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) bezeichnet werden (Art. 33 Abs. 1 und 5 KVG). Es werden nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen zugelassen (Art. 32 KVG). Im Rahmen der Grundversicherung muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 KVG). Für alle nach KVG versicherten Personen gilt schweizweit ein einheitlicher Pflichtleistungskatalog, der in der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) festgelegt ist. Mit diesen Pflichtleistungen sind alle für eine umfassende Gesundheitsversorgung relevanten Leistungen abgedeckt.

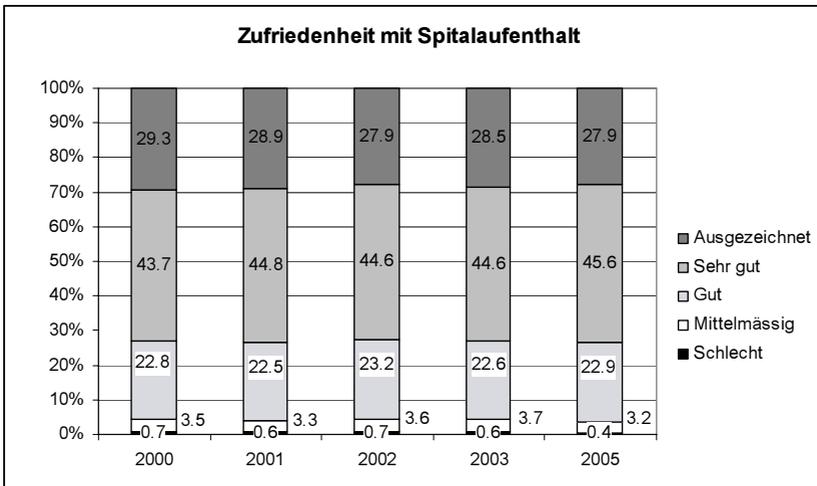
Nach § 8 der vom Kantonsrat am 15. November 2004 genehmigten Verordnung über Leistungen und Gebühren der kantonalen Spitäler (LS 813.111; Taxordnung) werden in den halbprivaten und privaten Abteilungen der kantonalen Spitäler Zusatzleistungen wie bei Unterkunft und Verpflegung, der Behandlung oder im administrativen Bereich erbracht. Patientinnen und Patienten der halbprivaten bzw. privaten Abteilung haben in der Regel Anspruch auf Behandlung durch die Chefarztin oder den Chefarzt bzw. durch die Leitende Ärztin oder den Leitenden Arzt oder eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt und Unterbringung in einem Zweier- bzw. Einzerrzimmer. Solche Zusatzleistungen sind vom KVG bzw. der Grundversicherung nicht versichert und müssen – soweit hiefür keine Deckung der Zusatzversicherung besteht – von den Patientinnen und Patienten selbst übernommen werden.

Mit der Spitalplanung und der Zuteilung von Leistungsaufträgen an die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler stellt die Gesundheitsdirektion sicher, dass die Leistungen gemäss Pflichtleistungskatalog für alle grundversicherten Patientinnen und Patienten erbracht werden. Vor diesem Hintergrund kann bei der eigentlichen Hauptleistung der Spitalversorgung, der stationären medizinischen Behandlung, nicht von einer Zweiklassenmedizin in dem Sinne gesprochen werden, dass nur grundversicherten Personen Leistungen vorenthalten würden, die zur Gewährleistung einer genügenden Gesundheitsversorgung erforderlich sind. Hingegen bestehen bezüglich Komfort (wie Unterkunft und Verpflegung) und weiterer, nicht zu den Pflichtleistungen gehörender Dienstleistungen wie freie Arztwahl, die durchgängige Behandlung bzw. Pflege durch eine bestimmte bzw. zugewiesene Person sowie allenfalls häufigere oder längere als medizinisch erforderliche Visiten durchaus Unterschiede zwischen den beiden Versicherungskategorien.

Zu Fragen 3 und 7:

Gemäss Art. 43 Abs. 6 KVG sind die Vertragspartner und die zuständigen Behörden in der Grundversicherung verpflichtet, darauf zu achten, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

Wie der Regierungsrat bereits in der Stellungnahme zum Postulat KR-Nr. 396/2004 ausgeführt hat, hat die Gesundheitsdirektion den Verein Outcome mit der Durchführung von regelmässigen Messungen der Ergebnisqualität bei stationären Behandlungen beauftragt. Von 2000 bis 2003 führte der Verein Outcome jährlich und seither alle zwei Jahre jeweils im Herbst eine Patientenbefragung durch. Dazu erhielten alle stationären Patientinnen und Patienten, die während der drei Monate dauernden Erhebungsperiode in einem der 15 kantonalen oder staatsbeitragsberechtigten Spitäler (ohne Kinderspital) behandelt wurden, einen Fragebogen. An der Befragung 2005 nahmen rund 14 200 Patientinnen und Patienten teil. Über alles bezeichneten 73,5% der Befragten ihre Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt als sehr gut oder ausgezeichnet. Weitere 22,9% gaben eine gute Beurteilung ab. Lediglich 3,2% bezeichneten ihre Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt als mittelmässig und nur gerade 0,4% beurteilten sie als schlecht.



Quelle: Verein Outcome

Vier von fünf Patientinnen und Patienten sind mit ihrem Spitalaufenthalt so zufrieden, dass sie das Spital ganz sicher ihren Freunden und ihrer Familie weiterempfehlen würden. Weitere 17,7% würden das Spital wahrscheinlich weiterempfehlen, und lediglich 2,8% würden es

nicht weiterempfehlen. Das Gefühl, während des Spitalaufenthalts mit Respekt und Würde behandelt worden zu sein, hatten gut neun von zehn Personen immer; 7,3% hatten dieses Gefühl manchmal, und nur 1,0% hatten dieses Gefühl nicht. Mit der Verfügbarkeit und der Höflichkeit der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegepersonals waren die Befragten ebenfalls sehr zufrieden. Auch hatten sie Vertrauen in die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. in das Pflegepersonal und bekamen auf wichtige Fragen verständliche Antworten.

Dieses erfreuliche Ergebnis bezeugt, dass im Kanton Zürich eine qualitativ hoch stehende, zweckmässige Gesundheitsversorgung im Sinne des KVG gewährleistet ist.

Zu Frage 4:

In den öffentlich subventionierten Spitälern haben alle grundversicherten Patientinnen und Patienten Anspruch auf die im Pflichtleistungskatalog vorgesehenen Leistungen. Die Erbringung dieser Leistungen wird von der Gesundheitsdirektion mittels Spitalplanung und der Zuteilung von Leistungsaufträgen an die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler sichergestellt. Dem Regierungsrat sind keine Fälle bekannt, wonach Pflichtleistungen von Spitälern mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Allgemeinen Abteilung zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Zürcher Spitalliste Abschnitt A) verweigert worden wären. Auch die durch die Outcome-Messungen belegte hohe Patientenzufriedenheit (siehe Beantwortung der Frage 3) ist ein Anzeichen dafür, dass den grundversicherten Patientinnen und Patienten keine durch die Grundversicherung gedeckten Leistungen vorenthalten werden.

Zu Fragen 5 und 6:

Die Bestimmung bzw. Festlegung der von den Krankenversicherern zu übernehmenden Grund- bzw. Pflichtleistungen fällt in die Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers. Die geltende Krankenversicherungsgesetzgebung sieht folgende Regelungen betreffend Grund- bzw. Pflichtleistungen vor: Das KVG umschreibt die grossen Richtlinien des Pflichtleistungskatalogs, während die Detailgestaltung weitgehend dem Verordnungsgeber überlassen wird. Dazu hat der Bundesrat Kommissionen einzusetzen, die bei der Bezeichnung der Leistungen beratend wirken (Art. 33 KVG). Zu diesen beratenden Kommissionen gehören die Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung (Grundsatzkommission), die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen (Leistungskommission), die Eidgenössische Arzneimittelkommission, die Eidgenössische Analysenkommission und die Eidgenössische Kommission für Mittel und Gegenstände (Art. 37a Verordnung über die

Krankenversicherung, KVV; SR 832.102). Die Kantone sind in der aus 17 Mitgliedern bestehenden Grundsatzkommission mit zwei Personen, in der aus 20 Mitgliedern bestehenden Leistungskommission sowie in der aus 24 Mitgliedern bestehenden Arzneimittelkommission je mit einer Person vertreten (Art. 37c bis 37e KVV). Die insgesamt vier Kantonsvertreter werden auf Antrag des Vorstands der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) vom Bundesrat gewählt. Für den Erlass des Pflichtleistungskatalogs ist grundsätzlich das EDI zuständig (Art. 33 KVV), die Spezialitätenliste (pharmazeutische Spezialitäten und konfektionierte Arzneimittel mit Preisen) wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlassen (Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG und Art. 64 KVV). Das EDI muss vor der Änderung des Pflichtleistungskatalogs die zuständigen Kommissionen anhören (Art. 33 KVV). In diesem Rahmen ist den Kantonen bzw. ihren Vertreterinnen oder Vertretern in den Kommissionen eine beschränkte Mitwirkung möglich.

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

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

Husi