

**Auszug aus dem Protokoll
des Regierungsrates des Kantons Zürich**

KR-Nr. 104/2002

Sitzung vom 12. Juni 2002

936. Anfrage (Erhöhung der Spitaltaxen für Zusatzversicherte)

Kantonsrätin Franziska Frey-Wettstein, Zürich, hat am 25. März 2002 folgende Anfrage eingereicht:

Bekanntlich hat das Eidgenössische Versicherungsgericht bereits zum zweiten Mal entschieden, dass die Kantone den Sockelbeitrag der Grundversicherung auch für Zusatzversicherte Patientinnen und Patienten bezahlen müssen. Das eidgenössische Parlament wird dieser Tage entscheiden und die Kantone verpflichtet, für alle kantonalen und vom Kanton subventionierten Spitäler diesen Sockelbeitrag zu bezahlen.

Dazu stellen sich die folgenden Fragen:

1. Wie teuer wird dieser Entscheid den Kanton Zürich zu stehen kommen?
2. Konnten Übergangsregelungen mit den Versicherungen abgeschlossen werden? Welche Entlastungen werden diese bringen?
3. Stimmt es, dass der Kanton einen Teil der entstehenden Kosten auf die Versicherten abwälzen will? Um welchen Anteil handelt es sich?
4. Welche Massnahmen sind für die Entlastung des Kantons vorgesehen? Sollen die Spitaltaxen für Privat- und Halbprivatversicherte angehoben werden?
5. Mit welcher Begründung kann der Kanton diese zusätzlich entstehenden Kosten auf Zusatzversicherte Patientinnen und Patienten abwälzen?
6. Teilt der Regierungsrat die Meinung, dass die Situation für Zusatzversicherte bereits heute sehr unbefriedigend ist, da Privatpatientinnen und -patienten keine klaren Angaben über grundversicherte und Zusatzversicherte Leistungen bekommen?
7. Ist die Regierung nicht auch der Meinung, dass die Quersubventionierung der Allgemeinen Abteilungen der Spitäler durch Einnahmen von privatversicherten Patientinnen und Patienten aufhören sollte?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Franziska Frey-Wettstein, Zürich, wird wie folgt beantwortet:

Mit dem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom 30. November 2001 wurde die öffentliche Hand verpflichtet, sich auch an den stationären innerkantonalen Aufenthalten von Privat- und

Halbprivatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern finanziell zu beteiligen, und zwar im gleichen Umfang wie bei der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten auf der Allgemeinen Abteilung. In der Folge hat der Ständerat am 21. März 2002 einem Entwurf zu einem dringlichen Bundesgesetz zur Einführung einer stufenweise anzuhebenden Mitfinanzierung der Kantone zugestimmt. Dieses Gesetz (Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung) wurde am 6. Juni auch durch den Nationalrat verabschiedet. Die Kantone bzw. die Spitalträger werden bei innerkantonalen Behandlungen von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern im Jahr 2002 60%, im Jahr 2003 80% und im Jahr 2004 100% der Krankenkassentarife für die Allgemeine Abteilung des jeweiligen Spitals zu übernehmen haben. Gesamtschweizerisch ist mit Mindereinnahmen von 300 Mio. Franken für 2002, 400 Mio. Franken für 2003 und 500 Mio. Franken für 2004 zu rechnen. Für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler des Kantons Zürich ergeben sich für die entsprechenden Jahre Mindereinnahmen von rund 75, 100 und 125 Mio. Franken. Dabei fallen dem Staat die entsprechenden Mehrbelastungen bei den kantonalen Spitälern zu 100% an, bzw. bei den staatsbeitragsberechtigten Spitälern sind die Mehrbelastungen nach den geltenden Subventionssätzen zwischen Staat und Gemeinden aufzuteilen. Entsprechend werden der Staat rund zwei Drittel, d. h. 50, 67 und 83 Mio. Franken (für 2002, 2003 und 2004), und die Gemeinden rund einen Drittel zu übernehmen haben. Ab dem Jahr 2005 sollen dann nach Abschluss der zweiten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes neue Finanzierungsregelungen gelten. Die Botschaft zu dieser Revision sieht für alle Versicherungs- und Spitalkategorien einschliesslich der in der Spitalliste aufgeführten «reinen» Privatspitäler eine je hälftig durch die Grundversicherung und den Wohnsitzkanton bzw. die Spitalträger getragene Finanzierung der auf einer Allgemeinen Abteilung anfallenden Betriebs- und Investitionskosten sowohl für nur grundversicherte als auch zusatzversicherte Patientinnen und Patienten vor. Damit werden die Kantone gemäss Hochrechnungen des Bundes neu bei den Investitionen um jährlich rund 400 Mio. Franken entlastet werden, auf der andern Seite aber wird ihr Beitrag an Privat- und Halbprivatversicherte um 1200 Mio. Franken betragen. Vom gesamtschweizerischen Nettobetrag zu Lasten der Kantone von 800 Mio. Franken jährlich werden der Kanton Zürich bzw. die Spitalträger wiederum rund 25% bzw. 200 Mio. Franken zu tragen haben.

Der Ständerat machte die Übergangsregelung mit dringlichem Bundesrecht vom Zustandekommen einer Vereinbarung über die Kostenbeteiligung der Kantone mit den Versicherern für die Zeit vor 2002 abhängig. In der Folge wurde zwischen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und dem Dachverband der Krankenkassen (santésuisse) für alle Kantone insgesamt ein pauschale Summe von 250 Mio. Franken zur Abgeltung von Forderungen aus dem Jahr 2001 ausgehandelt. Bei sofortiger vollständiger Umsetzung des EVG-Urteils hätten die Kantone bzw. Spitäler demgegenüber rund 700 Mio. Franken für zurückliegende Forderungen aus der Zusatzversicherung überweisen müssen. Die Vereinbarung steht unter dem Vorbehalt, dass mindestens 22 Kantone und eine Anzahl Krankenkassen, die zusammen mindestens 85% der Versicherten vertreten, den Beitritt erklären. Alle Kantone sind inzwischen der Vereinbarung beigetreten. Die Krankenkassen werden bis Ende Juni 2002 über ihren Beitritt zur Vereinbarung befinden. Mit seinem Beitritt zur Vereinbarung für die Zeit vor 2002 hat sich der Kanton Zürich verpflichtet, von der Gesamtschuld von 250 Mio. Franken rund 50 Mio. Franken zu übernehmen. Dieser Betrag ist nach Massgabe der auf die einzelnen kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler entfallenden Pfllegetage in der Zusatzversicherung auf die Spitalträger aufzuteilen. Nach diesem Verteilschlüssel werden der Staat von den insgesamt 50 Mio. Franken rund 34 Mio. Franken (zwei Drittel) und die übrigen Spitalträger rund 16 Mio. Franken (ein Drittel) übernehmen müssen. Zudem ist noch mit möglichen zusätzlichen Forderungen einzelner Versicherer von gesamtschweizerisch rund 25 Mio. Franken bzw. für den Kanton Zürich rund 5 Mio. Franken zu rechnen, die ebenfalls nach dem Verteilschlüssel $\frac{2}{3} : \frac{1}{3}$ zwischen Staat und Gemeinden aufzuteilen wären.

Die Rechtsgrundlagen für die Erhebung der Taxen für die Behandlung in den Halbprivat- und Privatabteilungen der kantonalen Spitäler finden sich in der Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser vom 1. Juli 1992 (Taxordnung; LS 813.111). Der Kantonsrat genehmigte sie am 29. Juni 1992. Auch der Verband Zürcher Krankenhäuser und das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich verweisen für die Berechnung der Taxen ihrer Spitäler in ihren Tarifbestimmungen auf die kantonale Taxordnung. Nach dieser Taxordnung gilt für die Halbprivat- und Privatabteilung der Grundsatz der Einzelleistungsverrechnung. Für die Festsetzung der konkreten Ansätze ist nach der Taxordnung die Gesundheitsdirektion zuständig. Die Tarife sind in den entsprechenden Verfügungen der Gesundheitsdirektion vom 30. November 1994 und vom 30. November 1995 festgelegt (Verfügung über den Vollzug der Taxordnung der kantonalen Krankenhäuser bzw. Verfügung

über die ab 1. Januar 1996 geltenden Taxen in den kantonalen Krankenhäusern). Die Tarife sind seit Erlass der Verfügungen unverändert geblieben. Sie kommen indessen nur dann zur Anwendung, wenn keine abweichenden Verträge zwischen den Krankenkassen und den kantonalen Leistungserbringern gestützt auf § 27 Taxordnung vereinbart werden. Im Halbprivatbereich konnten erstmals mit Wirkung ab 1. April 1995 mit den meisten Krankenkassen Fallpreispauschalen für häufige operative Eingriffe vereinbart werden, wogegen im Privatbereich bis heute keine Verträge geschlossen wurden. Die Fallpreispauschalen im Halbprivatbereich wurden auf den 1. Juli 1998 den veränderten Verhältnissen angepasst. Damit sind die Taxen im Privatbereich seit 1. Januar 1996 und im Halbprivatbereich seit 1. Juli 1998 unverändert geblieben. Vor dem Hintergrund der vom Verwaltungsgericht des Kantons Zürich angeordneten Lohnerhöhungen beim Pflegepersonal und beim medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Personal sowie der seit Mitte 1998 aufgelaufenen Teuerung wurden zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen ab Mitte 2001 neue Tarifverhandlungen geführt. Nachdem bis Ende 2001 eine neue Tarifvereinbarung noch nicht unterschriftsreif ausgehandelt war, kündigten die Leistungserbringer den Halbprivatvertrag vom 1. Juli 1998 vorsorglich per 30. Juni 2002. Auf Grund dieser Chronologie wird klar, dass der erst im Dezember 2001 eröffnete Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts keinen Einfluss auf die geplanten und in jenem Zeitpunkt bereits weitgehend verhandelten Taxanpassungen im Halbprivat- und Privatbereich hatte. Auch nachdem der Entscheid ergangen war, hat die Gesundheitsdirektion in den laufenden Verhandlungen die Verpflichtung der Kantone zur Mitfinanzierung der Privatabteilungen nicht in die angestrebten Kosten- bzw. Preisanpassungen eingebracht. Trotzdem konnte auch in den weiteren Vertragsverhandlungen des Jahres 2002 der endgültige Vertragsdurchbruch nicht erreicht werden. Nachdem die Kündigungsfrist wie dargelegt per Ende Juni 2002 ausläuft, wird somit voraussichtlich ab 1. Juli 2002 die Verrechnung der Leistungen auch im Halbprivatbereich wie schon heute im Privatbereich nach der seit 1. Januar 1996 unverändert geltenden Verfügung der Gesundheitsdirektion über die ab 1. Januar 1996 geltenden Taxen in den kantonalen Krankenhäusern erfolgen müssen. Nachdem die Erträge aus dem Privatbereich schwankend sind, jedenfalls aber der grössere Teil der Einnahmen von den Privatpatientinnen und -patienten stammt, wird sich für den Fall, dass im Halbprivatbereich auch weiterhin kein Vertrag zu Stande kommt und daher wieder auf die Taxordnung abzustellen ist, an der gegenwärtigen Ertragslage wohl nicht sehr viel ändern.

Der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 30. November 2001 und auch das KVG geben keine Auskunft darüber, ob und inwieweit die von den Kantonen zu übernehmenden Subventionsbeiträge ganz oder teilweise durch Taxerhöhungen im Halbprivat- oder Privatbereich allenfalls aufgefangen werden dürfen. Grundsätzlich gilt im Halbprivat- und Privatbereich der freie Wettbewerb und die freie Preisgestaltung; bei kantonalen Spitälern allerdings nur im Rahmen der kantonalen Rechtsvorgaben, wie sie in der vom Kantonsrat genehmigten Taxordnung festgelegt sind. Nach §§ 14 und 15 der Taxordnung gelten als Tarifobergrenze für zürcherische Patientinnen und Patienten der Halbprivatabteilungen 100% der anrechenbaren Betriebskosten und 50% der Investitionskosten, für zürcherische Patientinnen und Patienten der Privatabteilungen 100% der anrechenbaren Betriebskosten und 100% der Investitionskosten. Für schweizerische und ausländische Patientinnen und Patienten ist für Betriebs- und Investitionskosten ein Kostendeckungsgrad von bis zu 140% zulässig; für Lehre und Forschung ein solcher von bis zu 100%. Zusätzlich haben die Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten das ärztliche Honorar zu übernehmen (§§ 14 und 15 Taxordnung). Die Tarifbindungen der Taxordnung gelten weiterhin, vorbehaltlich einer allfälligen vom Kantonsrat zu genehmigenden Änderung der Taxordnung. In den bisher geführten Tarifverhandlungen haben, auch nach dem Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, die Subventionsbeiträge wie dargelegt nie zur Diskussion gestanden. Es wird lediglich angestrebt, die Tarife wieder an die seit der letzten Vertragsänderung eingetretenen Index- und Lohn erhöhungen anzupassen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die Krankenversicherer auf Grund der von ihnen noch zu verabschiedenden Vereinbarung Hand dazu bieten, das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 30. November 2001 auf die Vergangenheit bezogen gemässigt umzusetzen und der Ständerat diese gemässigte Umsetzung auch für die Zukunft, d. h. für die Jahre 2002–2004, im Erlass eines dringlichen Bundesgesetzes fortschreiben möchte.

Für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten erfolgt die Rechnungstellung wie folgt: Beim System der Einzelleistungsverrechnung werden bei der Rechnungstellung in einem ersten Schritt sämtliche einzelnen Leistungen nach den kantonalen Tarifbestimmungen verrechnet und in der Spitalrechnung detailliert aufgeführt. Von der Summe wird in einem zweiten Schritt der Allgemeinversicherungstarif zu Lasten der Grundversicherung ausgeschieden. Vom verbleibenden Betrag wird dann in einem dritten Schritt bereits heute gemäss dem dringlichen Bundesgesetz

der Kantonsbeitrag für das Jahr 2002 von 60% des Allgemeinversicherungstarifs zu Lasten der Spitalrechnung abgezogen. Der verbleibende Betrag wird sodann den Zusatzversicherern in Rechnung gestellt.

Wie dargelegt sind nach zürcherischem Recht im Zusatzversicherungsbereich im Rahmen der Taxordnung teilweise Erträge möglich, die über den Vollkosten liegen. Dass auch an kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitälern für die Sonderbeanspruchungen der Infrastruktur und des Personals durch zusatzversicherte Patientinnen und Patienten Überdeckungen möglich sind, ist im Grundsatz nach wie vor richtig. Dies insbesondere auch deshalb, weil vergleichbare Leistungen in den Privatspitälern unter Gewinnabführung an die Trägerschaft erbracht werden, während bei den öffentlichen Spitälern das Gesamtergebnis immer defizitär ausfällt. Mit den neu von den Kantonen gestützt auf das EVG-Urteil bzw. auf das dringliche Bundesgesetz zu zahlenden Subventionsbeiträgen wird indessen auch im Zusatzversicherungsbereich in weiten Bereichen eine Vollkostendeckung wohl nicht mehr möglich sein. Damit die operative Freiheit im Bereich der Zusatzversicherung zumindest teilweise erhalten bleibt, sind aber in den Gesetzesentwürfen zur Verselbstständigung des Universitätsspitals Zürich und des Kantonsospitals Winterthur die oberen Begrenzungen für die Tarifierung der Spitalleistungen angemessen heraufgesetzt worden.

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

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Husi