

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

KR-Nr. 44/2013

Sitzung vom 17. April 2013

**431. Anfrage (Kantonale Beiträge an die UV-, IV-,
MV-Versicherungsleistungen seit 2008)**

Die Kantonsräte Cyrill von Planta, Zürich, und Lorenz Schmid, Männedorf, haben am 4. Februar 2013 folgende Anfrage eingereicht:

Der Konsolidierte Entwicklungs- und Finanzplan 2013–2016 (KEF) weist aufgrund der Erhöhung des kantonalen Anteils bei UV-/IV-/MV-Patientinnen und -Patienten auf 20% eine Verschlechterung der Erfolgsrechnung um 27 Mio. Franken (MCHF) aus.

Im Rahmen der Budgetdiskussion entstand hierüber Verwirrung, da parallel mit der Erhöhung des kantonalen IV-Anteils der kantonale Anteil an den UV-Hospitalisationen seit 2010 von 20% auf 0% gesenkt wurde und es keine offiziellen Zahlen zu den kantonalen Leistungen gibt.

Um die Diskussion über die kantonalen Beiträge an die Unfallversicherung (UV), Invalidenversicherung (IV) und Militärversicherung (MV) in Zukunft transparenter zu gestalten, bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie hoch waren die jährlichen Beiträge des Kantons Zürich an die UV in den Jahren 2008, 2009, 2010, 2011 und 2012?
2. Wie hoch waren die jährlichen Beiträge des Kantons Zürich an die IV in den Jahren 2008, 2009, 2010, 2011 und 2012?
3. Wie hoch waren die jährlichen Beiträge des Kantons Zürich an die MV in den Jahren 2008, 2009, 2010, 2011 und 2012?
4. Was sind die gesetzlichen Grundlagen, aufgrund derer die Zahlungen geleistet werden, und wie schätzt der Regierungsrat die zukünftige Entwicklung ein? Das heisst erwartet er seitens des Bundes eine Ausweitung der Verpflichtungen oder bleibt es kurz- und mittelfristig beim Status quo 2012?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Cyrill von Planta, Zürich, und Lorenz Schmid, Männedorf, wird wie folgt beantwortet:

Zu Fragen 1–4:

Das rechtliche Umfeld, in dem sich die vom Kanton geleisteten Beiträge an die stationären Spitalbehandlungen von Patientinnen und Patienten der MV, UV und IV bewegen, hat sich seit 2008 erheblich verändert. Es gilt, die Regelungen für die Zeit vor dem 31. Dezember 2011, für das Jahr 2012 und schliesslich für die Zeit ab dem 1. Januar 2013 zu unterscheiden.

Für die Periode vor dem 31. Dezember 2011 sah die Bundesgesetzgebung weder für die Patientinnen und Patienten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) noch für die IV/MV/UV-Patientinnen und -Patienten eine direkte Mitfinanzierungsverpflichtung der Kantone für stationäre Leistungen in den Spitälern vor. Die Behandlungen der OKP-Patientinnen und -Patienten in den öffentlichen oder subventionierten Spitälern wurden zu höchstens 50% von den Krankenversicherern übernommen; Grundlage der Berechnung des Kostenanteils waren die Betriebskosten (ohne Investitionen). Für die Patientinnen und Patienten aus dem Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungsbereich erfolgten die Beiträge der Versicherer dagegen auf der Grundlage eines in der Praxis entwickelten Mischtarifs, mit einem Kostendeckungsgrad von 80% für innerkantonale und 100% für ausserkantonale Patientinnen und Patienten.

Die vor dem 31. Dezember 2011 ausgerichteten Beiträge des Kantons erfolgten gestützt auf §40 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 (GesG 1962). Diese Bestimmung verpflichtete den Staat zur Leistung von Kostenanteilen an den Betrieb der Listenspitäler und an deren Investitionen. Im Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 galt diese Bestimmung, mithin das System der Objektfinanzierung, fort (vgl. §64 Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007, GesG 2007; LS 810.1). Auf der Grundlage einer über alle stationären Leistungsbereiche und alle Patientengruppen (KVG/UV/IV und MV) konsolidierten Spitalrechnung gab der Kanton den Spitälern als finanzielle Zielvorgaben Globalbudgets vor. Tatsächlich wurden auf diese Weise Verluste der defizitären Bereiche (KVG und IV/UV/MV) mit den Gewinnen der lukrativen Bereiche (z. B. aus dem Zusatzversicherungsgeschäft) verrechnet. Die Spitäler

trugen damit implizit einen Teil der Verluste im IV/UV/MV-Bereich. Diese Art der pauschalierten Beitragsgewährung hat zur Folge, dass für die Zeit bis Ende 2011 keine Aussagen über die Beiträge des Kantons Zürich im IV/UV/MV-Bereich gemacht werden können.

Auf den 1. Januar 2012 änderte sich die Situation mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, vorab im Bereich der Krankenversicherung. Seit dem damit vollzogenen Wechsel weg von der Defizitgarantie hin zur sogenannten Subjektfinanzierung besteht bei OKP-Versicherten keine Unterdeckung mehr: Die Kantone haben seither für OKP-Versicherte grundsätzlich mindestens 55% der Behandlungs- und Investitionskosten zu tragen (wobei die Kantone mit unterdurchschnittlichen Prämien ihren Anteil bis 2017 zwischen 45 und 55% einstweilen noch unterschiedlich ausgestalten können). Der andere Teil wird von den Krankenversicherern übernommen.

Zur schrittweisen Erhöhung der Finanzierungsanteile an die stationären Spitalbehandlungen der UV-, IV- und MV-Patientinnen und -Patienten wurde im August 2011 zwischen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und den Versicherern eine Vereinbarung geschlossen. Diese sieht im Wesentlichen vor, dass die Versicherer für das Jahr 2012 bei UV-, IV- und MV-Patientinnen und -Patienten 90% der anrechenbaren Betriebskosten sowie der Anlagenutzungskosten übernehmen. Für die Jahre ab 2013 wurde vereinbart, dass die Versicherer 100% der verhandelten Tarife übernehmen.

Zur Deckung der bei den stationären Pflichtleistungen der UV, IV und MV absehbaren Finanzierungslücke hat der Regierungsrat in seinem Antrag zum Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG, LS 813.20) ursprünglich eine ausdrückliche Ermächtigung zur Subventionierung der Unterdeckungen vorgesehen; in der Beratung im Kantonsrat fiel die entsprechende Bestimmung allerdings weg. Entsprechend hat der Kanton 2012 mit einer Ausnahme keine Subventionen für die Unterdeckung im IV/UV/MV-Bereich gesprochen. Einzig bei den Kinderkliniken wurde gestützt auf § 11 Abs. 1 lit. a SPFG (Subventionen für stationäre und spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen bei Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr) ein Teil der Unterdeckungen im IV/UV/MV-Bereich übernommen. Insgesamt hat der Kanton 2012 rund 3,5 Mio. Franken an die stationäre Kinderversorgung ausgerichtet.

Die erwähnte, zwischen der GDK und den Versicherern vereinbarte volle Kostenübernahme im UV/IV/MV-Bereich ab 2013 wurde durch die von der Bundesversammlung am 15. Juni 2012 beschlossene 6. IV-Revision übersteuert: Im revidierten Art. 4^{bis} des Invalidenversicherungs-

gesetzes vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) wird festgehalten, dass die Kostenvergütung für stationäre medizinische Massnahmen von IV-Patientinnen und -Patienten ab 1. Januar 2013 zu 80% durch die Invalidenversicherung und zu 20% durch den Wohnkanton der oder des Versicherten zu leisten ist. Diese Regelung gilt jedoch ausschliesslich für die IV-Patientinnen und -Patienten, also nicht für MV- und UV-Patientinnen und -Patienten. Die Behandlungskosten dieser Patientinnen und Patienten werden gemäss der erwähnten Vereinbarung zwischen der GDK und den Versicherern vollständig durch die MV bzw. die UV getragen.

Abschliessend ist auf eine zurzeit auf Bundesebene laufende, umfassende Revision des Unfallversicherungsgesetzes (UVG) hinzuweisen: Im Laufe des Jahres 2013 soll der Bundesrat eine neue Botschaft zur Revision des UVG verabschieden. Es ist nicht auszuschliessen, dass analog zur IV eine anteilige Mitfinanzierungspflicht der Kantone Bestandteil des Revisionsentwurfes sein wird. Darüber hinaus ist auch eine sinngemässe Revision des Militärversicherungsgesetzes angedacht. Sie soll jedoch erst nach Genehmigung der UVG-Revision vom Parlament in Angriff genommen werden.

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

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Husi