



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

12.5241.02

GD/P125241
Basel, 12. Dezember 2012

Regierungsratsbeschluss
vom 11. Dezember 2012

Schriftliche Anfrage Thomas Mall betreffend Zweckentfremdung von Einnahmen von stationären Patienten

Das Büro des Grossen Rates hat die nachstehende Schriftliche Anfrage Thomas Mall dem Regierungsrat zur Beantwortung überwiesen:

„Es ist eine offen zugegebene Tatsache, dass Universitätskliniken Einnahmeüberschüsse aus der Behandlung stationärer Privatpatienten zur Querfinanzierung von Polikliniken benützen.

Diese Umnützung von Behandlungsentgelten wird gerechtfertigt mit der Aussage, dass Unternehmungen frei seien bei der Verwendung von Gewinnen.

Einer solchen Argumentation ist die Frage gegenüberzustellen, ob es sich hier nicht um eine Zweckentfremdung von Geldern handelt, oder mit anderen Worten, ob die entsprechenden Patienten nicht mit übersetzten Rechnungen eingedeckt wurden, was die Zusatzversicherungen verteuert und somit unattraktiv macht, was wiederum nicht im Interesse der Allgemeinheit liegt.

Wenn eine Firma Gewinne macht und damit Werbeaktivitäten oder Sponsoring etc. finanziert, so liegt ein solches im Interesse der Firma und ihrer Eigener. Analoges gilt, wenn eine Firma gewisse Dienstleistungen mit Gewinnen quersubventioniert, wenn sich daraus bessere Marktchancen für andere Geschäftspartner ergeben.

Ein Spital ist aber kein primär gewinnorientiertes Unternehmen. Ein stationärer Spitalpatient hat nichts davon, wenn sein Spital andere ambulante Patienten auf seine Kosten zu nicht kostendeckenden Tarifen behandelt.

Ich frage daher die Regierung an, ob sie die geschilderte Sachlage weiterhin tolerieren will oder ob sie sich für Kostenwahrheit einsetzt.“

Thomas Mall“

Wir beantworten diese Schriftliche Anfrage wie folgt:

Im Bereich der Krankenversicherung fallen die Zusatzversicherungen unter das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Das VVG bildet die gesetzliche Grundlage für privatrechtliche Zusatzversicherungsverträge. Die Krankenkassen können bei Versicherungen nach VVG die Aufnahme eines Interessenten ablehnen (Vertragsfreiheit), die Prämien abhängig von Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und weiteren Kriterien gestalten. Der Zusatzversicherungsvertrag wird zwischen der Krankenversicherung und dem Versicherungsnehmer abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer zahlt der Krankenkasse für die vereinbarten Leistungen eine Prämie. Die Krankenversicherungen wiederum schliessen mit Leistungserbringern (u.a. mit Spitätern für die halbprivate oder private Abteilung) Verträge ab. Im Zusatzversicherungsbereich sind die Vertragsparteien in der Preisvereinbarung frei, deshalb dürfen in diesem Bereich auch Gewinne bei den Leistungserbringern anfallen.

Im Rahmen der Umsetzung der neuen Regelungen zur Spitalfinanzierung hat der Bundesgesetzgeber rund anderthalb Milliarden Franken von der freiwilligen Zusatzversicherung in die obligatorische Krankenversicherung verschoben, womit der grösste Teil der Zusatzkosten zulasten der Kantone und damit der Steuerzahler anfällt. Folgende Elemente der KVG-Änderung haben zu dieser Kostenverschiebung von der Zusatzversicherung auf die Kantone geführt: Mitfinanzierung eines Teils bisher nicht subventionierter Spitäler, dies in Abhängigkeit des vom Kanton ermittelten Bedarfs, sowie die Einführung der freien Spitalwahl, wobei die Kantone neu ausserkantonale Wahlhospitalisationen zu mindestens 55 Prozent mitfinanzieren müssen. Bisher hat die private Zusatzversicherung bezahlt, wenn jemand aus nicht-medizinischen Gründen ein ausserkantonales Spital aufgesucht hat. Die Kantone leisten somit neu einen höheren Kostenanteil an die Behandlungen auf der halbprivaten und privaten Abteilung subventionierter Spitäler. All dies führt zu einer Entlastung der Zusatzversicherungen. Die Krankenversicherer haben es bisher jedoch weitgehend unterlassen, die Zusatzversicherungsprämien entsprechend zu senken. Dies wurde auf nationaler Ebene bereits mehrfach von Seiten der Gesundheitsdirektoren öffentlich moniert.

Die öffentlichen (universitären) Spitäler und Kliniken sind – wie die Privatspitäler – zu wirtschaftlichem und unternehmerischem Handeln verpflichtet. Im Vordergrund steht neben der qualitativ hochstehenden Erbringung der medizinischen Leistungen auch die Sicherstellung einer soliden Finanzierung. Zu diesem Zweck ist der Aufbau von Reserven sinnvoll und notwendig. Solche können jedoch nur in Bereichen erwirtschaftet werden, wo dies gesetzlich zulässig ist. Falls in den Spitätern Gewinne aus der Behandlung von Zusatzversicherten entstehen, können diese deshalb im Rahmen der Gewinnverwendung den Reserven zugewiesen werden. Dass Zusatzversicherungsgewinne in der Praxis jedoch auch für die Querfinanzierung von stationären Grundversicherungsleistungen und ambulanten Leistungen eingesetzt werden müssen, hängt damit zusammen, dass die Tarife für diese Leistungen teilweise die Kosten der Leistungen nicht decken. Dies kann durch die Verhandlungsmacht der Krankenversicherer oder letztinstanzliche Gerichtsentscheide in Tarifstreitigkeiten begründet sein. Besonders problematisch stellt sich die Situation beim ambulanten Tarif dar, insbesondere bei den Universitätsspitätern. Der ambulante TarMed-Tarif weist strukturelle Probleme auf, welche bisher durch die Tarifpartner nicht gelöst wurden. Zudem wurde der TarMed-Taxpunktewert seit Einführung dieses Tarifs im Jahr 2004 in Basel-Stadt nicht etwa angehö-

ben, sondern von 94 auf 91 Rappen gesenkt. Der TarMed-Taxpunktewert enthält insbesondere für Universitätsspitäler keine adäquate Abgeltung der Anlagennutzungskosten im spital-ambulanten Bereich. Dieser Aspekt wird auf Bundesebene vertieft geprüft, im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin ist zum Beispiel eine Gesamtrevision des Ärztetarifs Tarmed geplant.

Auf nationaler Ebene sind einige Anpassungen auf dem Gebiet der Zusatzversicherungen geplant: Im Rahmen der Beratungen des neuen Gesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Aufsichtsgesetz; zur Zeit in der ständerätlichen Sozial- und Gesundheitskommission), will der Bundesrat die Aufsicht in der sozialen Krankenversicherung stärken und die Transparenz des Systems erhöhen. Die Instrumente der Aufsichtsbehörde zum Schutz der Krankenkassen und ihrer Versicherten sollen den heutigen Gegebenheiten angepasst werden. Ein strittiger Punkt ist die vom Bundesrat vorgeschlagene neue Regelung, wonach das Bundesamt für Gesundheit (BAG) künftig die Aufsicht über die gesamte Versicherungsgruppe wahrnimmt. Dies hätte zur Folge, dass die Zusatzversicherungen von zwei Behörden überwacht würden: von der Finma und neu auch vom BAG. Im Rahmen eines indirekten Gegenvorschlags zur Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse lancierte der Bundesrat ein weiteres Element, und zwar die Trennung von Grund- und Zusatzversicherungen. Die Versicherungen sollen in Zukunft von unterschiedlichen juristischen Einheiten durchgeführt werden, zwischen denen Informationsbarrieren bestünden. Dieses Element würde zur Eindämmung der Risikoselektion dienen sowie die Transparenz und den Datenschutz erhöhen.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin