



# Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

11.1063.01

GD/P111063  
Basel, 29. September 2011

Regierungsratsbeschluss  
vom 27. September 2011

## Ratschlag

betreffend

**Rahmenausgabenbewilligung für die  
Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und  
ungedeckten Leistungen in baselstädtischen  
Spitälern für die Jahre 2012 und 2013**

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
<b>1. Begehren .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Ausgangslage .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen .....</b>	<b>3</b>
3.1 Gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss KVG.....	4
3.2 Leistungen mit ungedeckten Kosten.....	4
<b>4. Die einzelnen Bereiche der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen.....</b>	<b>4</b>
4.1 Finanzielle Unterdeckung bei spitalambulanten Leistungen der öffentlichen Spitäler im Kanton Basel-Stadt.....	4
4.1.1 Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB).....	6
4.2 Universitäre Lehre und Forschung (L+F).....	7
4.2.1 Sicht der Krankenversicherer.....	7
4.2.2 Sicht Universität .....	7
4.2.3 Sicht Spitäler .....	8
4.2.4 Weiterbildung Medizinalberufe zum FMH-Facharzttitle.....	9
4.2.5 Finanzierungslücke zum normativen Abzug für Lehre und Forschung der Krankenversicherer .....	12
4.3 Finanzielle Unterdeckung der Tageskliniken.....	14
4.4 Passerelle und Langzeitpatienten in den UPK und dem FPS .....	15
4.5 Abgeltung Invalidenversicherungsfälle innerkantonale .....	16
4.6 Weitere „kleinere“ gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL).....	16
4.7 GWL und übrige ungedeckte Leistungen für ausserkantonale Patienten .....	18
<b>5. Gesamtübersicht gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen für die Jahre 2012 - 2014 .....</b>	<b>19</b>
<b>6. Zusammenfassung .....</b>	<b>20</b>
<b>7. Antrag .....</b>	<b>22</b>

## 1. Begehren

Mit diesem Ratschlag beantragen wir Ihnen eine Rahmenausgabenbewilligung zur Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in baselstädtischen Spitälern für die Jahre 2012 und 2013.

In den nachfolgenden Berechnungen wird die Entwicklung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen für die nächsten drei Jahre (2012 – 2014) aufgezeigt. Dies vor allem um die notwendige Umstrukturierung und Optimierung in den ambulanten Spitalbereichen der öffentlichen Spitäler im Kanton Basel-Stadt (inklusive Universitäts-Kinderspital beider Basel) aufzeigen zu können.

Trotzdem beantragt der Regierungsrat nur eine zweijährige Rahmenausgabenbewilligung. Einerseits soll eine Planungssicherheit für die Spitäler gewährleistet werden, andererseits soll auch die Möglichkeit gewahrt bleiben, die vorgenommenen Annahmen und Berechnungen überprüfen, neue Entwicklungen berücksichtigen und gegebenenfalls Korrekturen vornehmen zu können.

## 2. Ausgangslage

Die von den eidgenössischen Räten beschlossene Neuregelung der Spitalfinanzierung ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten und muss bis spätestens am 31. Dezember 2011 umgesetzt sein. Die wichtigsten Änderungen sind:

- Leistungsbezogene Fallpauschalen mit gesamtschweizerisch einheitlicher Tarifstruktur
- Vollkostenprinzip unter Einbezug sämtlicher anrechenbarer Kosten inkl. Abschreibungen und Kapitalzinskosten
- Gleichstellung der auf den kantonalen Spitallisten geführten öffentlichen und privaten Spitäler
- Freie Spitalwahl und damit Öffnung der Kantonsgrenzen
- Separate Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen

In den nachfolgenden Betrachtungen wird die vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vorgesehene separate Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die Notwendigkeit zur Finanzierung weiterer ungedeckter Kosten aufgezeigt, welche bisher über den ordentlichen Nettoaufwand (ONA) des Kantons finanziert wurden.

## 3. Gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen

Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG werden gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert, sondern müssen von den Kantonen bzw. Gemeinden oder Dritten, die sie bestellen, separat bezahlt werden. Neben der Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie der

Forschung und universitären Lehre, welche in Art. 49 Abs. 3 KVG aufgeführt werden, sind auch alle kantonsspezifischen Regelungen in die gemeinwirtschaftlichen Leistungen einzubeziehen, die nicht in die anrechenbaren Kosten gemäss KVG eingerechnet werden können und deshalb von einem Kanton separat zu bezahlen sind.

### **3.1 Gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss KVG**

Der Art. 49 Abs. 3 KVG lautet wie folgt:

*„Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere:*

- a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;*
- b. die Forschung und universitäre Lehre“*

Die Aufzählung ist nicht abschliessend, sodass weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen durch den Kanton definiert werden können. Diese Leistungen sind mittels separater Leistungsvereinbarungen bei den entsprechenden Spitälern zu bestellen und zu finanzieren. Als Beispiele können hier angefügt werden: Geschützte Operationsstelle (GOPS), Spitalseelsorge, anonyme HIV-Sprechstunde usw. Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen steht im Vordergrund, dass es sich um Leistungen handelt, welche der Kanton z.B. in Ausübung von Bundesrecht erbringen muss, oder aber ein gesellschaftlicher Konsens besteht, dass die entsprechenden Leistungen angeboten werden sollen (z.B. Schulung von Kindern bei längeren Spitalaufenthalten, Sozialdienst in Spitälern usw.). Der Begriff „gemeinwirtschaftliche Leistungen“ ist bisher – gemäss KVG - nur unscharf definiert. Es ist aber nicht auszuschliessen, dass der Bundesgesetzgeber in Zukunft den Begriff genauer definieren wird oder dass sich eine Gerichtspraxis etablieren wird, die diesen Begriff definiert.

### **3.2 Leistungen mit ungedeckten Kosten**

Bei diesen ungedeckten Kosten handelt es sich hingegen meist um systembedingte Finanzierungslücken für Leistungen, welche einem nicht kostendeckenden KVG-Tarif unterstehen (z.B. in Teilbereichen des Arzttarifs Tarmed, Physiotherapie, Labor oder normativer Abzug für Lehre und Forschung durch die Krankenversicherer). Die systembedingten Finanzierungslücken entstanden zum Teil bei den Teilrevisionen des KVG, welche in sich nicht stimmig waren und zum anderen durch Empfehlungen des Preisüberwachers und / oder durch Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts.

## **4. Die einzelnen Bereiche der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen**

### **4.1 Finanzielle Unterdeckung bei spitalambulanten Leistungen der öffentlichen Spitäler im Kanton Basel-Stadt**

Die finanzielle Unterdeckung in den Spitalambulatorien entsteht durch den Umstand, dass die ausgehandelten Spitaltarife ambulant (z.B. Tarmed, Physiotherapie, Labor usw.) die

effektiv anfallenden Kosten in diesem Bereich nicht decken können. Spitäler weisen für die Erbringung ambulanter Leistungen höhere Kosten auf, als dies in einer Arztpraxis der Fall wäre. Die Gründe dafür liegen in den höheren Infrastruktur- und Sicherheitsanforderungen, den höheren Lohnkosten, in der geringeren Produktivität im Spital (komplexere Betriebsabläufe, mehr Störungen) und dass nicht sämtliche erbrachten Leistungen konsequent verrechnet wurden. Auch wenn die Spitäler weitere Optimierungen bei der Verrechnung vornehmen und die Prozesse verbessern, kann mit den aktuellen KVG-Tarifen in weiten Bereichen der Spitalambulatorien keine Kostendeckung erzielt werden. Es handelt sich hierbei anerkanntermassen um ein schweizweites Problem. Aus diesem Grund bestehen in gewissen Kantonen (z.B. Kantone Bern und St. Gallen) schon heute Subventionsverträge mit den öffentlichen Spitälern, die einen Aufschlag auf den Tarmed-Taxpunktwert zum Gegenstand haben.

Die öffentlichen Spitäler Universitätsspital Basel (USB), Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK) und das Felix Platter-Spital (FPS) haben in einer Selbsterhebung Anfang 2011 dem Gesundheitsdepartement eine gesamthafte Unterdeckung im ambulanten Spitalbereich von CHF 43.7 Mio. (auf ein Gesamtvolumen im ambulanten Spitalbereich von CHF 206 Mio.) gemeldet. Diese von den Spitälern gemeldete Unterdeckung von CHF 43.7 Mio. wurde vom Regierungsrat zwar grundsätzlich erkannt, aber die entsprechende Finanzierung auf höchstens CHF 26.9 Mio. limitiert. Es handelt sich somit - mit Ausnahme des UKBB - um eine Teilfinanzierung der ambulanten Unterdeckung. Zusätzlich soll dieser Betrag über die nächsten drei Jahre schrittweise – wiederum mit Ausnahme des UKBB - gekürzt werden. So wird einerseits der Handlungsdruck der Spitäler von Anfang an hoch gehalten, und andererseits den Spitälern die nötige Zeit eingeräumt, um die entsprechenden Anpassungen und Optimierungen vornehmen zu können.

Bei dieser Vorgehensweise übernimmt der Kanton im Sinn einer objektbezogenen Finanzierung in einer Übergangsphase von drei Jahren degressiv einen Anteil der ausgewiesenen und anerkannten Unterdeckung im ambulanten Bereich nur der öffentlichen Spitäler. Dies muss unter dem Titel „Positionierung spitalambulanter Bereich der öffentlichen Spitäler“ erfolgen. Nach dieser Übergangsphase müssen die Strukturen so angepasst und bereinigt sein, dass entweder keine Unterdeckung mehr besteht, einzelne ambulante Leistungen nicht mehr angeboten werden oder nur noch „echte“ gemeinwirtschaftliche Leistungen übrig bleiben, welche vom Kanton bestellt und abgegolten werden. Hinzu kommt, dass Spitäler einzelne defizitäre ambulante Leistungen aus strategischen Überlegungen weiter anbieten, weil diese für die Gewinnung von stationären Patienten oder für die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Nachsorge von grosser Bedeutung sind.

Ein wichtiger Vorteil der degressiven Mitfinanzierung der Spitalambulatorien der öffentlichen Spitäler besteht darin, dass der Kanton diese Lücke Kraft seiner Rolle als **Eigner** der Spitäler deckt, mit dem Ziel einer betriebsverträglichen und nachhaltigen Bereinigung der Strukturen. Dieses Vorgehen kann auch von den Trägerschaften der Privatspitäler gewählt werden. Allenfalls ist die Problematik bei den Privatspitälern jedoch geringer, da sie auch im

ambulanten Bereich ihr Angebot schon verstärkt nach Rentabilitätsüberlegungen ausgerichtet haben, und die Unterdeckung weniger substanziell sein dürfte.

Der Anteil von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten ist aufgrund der Zentrumsfunktion der Universitätsspitäler mit rund 40% relativ hoch. Daher scheint es durchaus angezeigt, dass die Spitäler mit den Herkunftskantonen Verhandlungen über eine Beteiligung an den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, welche ihren Einwohnerinnen und Einwohnern zu Gute kommen, aufnehmen. Dies braucht aber Zeit, weshalb eine degressive Überbrückungsfinanzierung durch den Kanton BS auch unter diesem Aspekt sinnvoll erscheint. Dadurch kann eine entsprechende Reduktion der baselstädtischen Beiträge mittelfristig erreicht werden.

Die mittel- bis längerfristig anzustrebende Lösung bezüglich einer nachhaltigen Finanzierung liegt jedoch darin, im Spitalbereich alle Leistungen (ambulant und stationär) gleich und auf der Basis eines betriebswirtschaftlich korrekten (höheren) Tarifes unter Mitbeteiligung der Wohnkantone der Patientinnen und Patienten abzugelten. Diese Vorgehensweise wird derzeit in der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) diskutiert.

#### **4.1.1 Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)**

Die degressive Teilfinanzierung der spitalambulanten Leistungen – wie unter Punkt 4.1 beschrieben - kann beim Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) aus nachfolgenden Gründen nicht angewandt werden:

- Die im UKBB behandelten Patienten (Kinder) verfügen nur gerade in 4% der Fälle über eine Zusatzversicherung (halbprivat oder privat) und somit ist eine Querfinanzierung der ambulanten Unterdeckung über Zusatzversicherungserträge wie in der Erwachsenenmedizin nicht möglich.
- Es gibt in der Pädiatrie kaum niedergelassene Spezialisten, wie dies in der Erwachsenenmedizin der Fall ist; Sprechstunden für spezialisierte und hochspezialisierte Fälle sind somit fast nur in der Poliklinik des UKBB möglich.
- Das UKBB leistet einen grossen Anteil an die ambulante pädiatrische Notfallversorgung für die ganze Region der Nordwestschweiz.
- Bikantonale Trägerschaft; Basel-Stadt finanziert nur baselstädtische Kinder und differenzierte Behandlung des Abzugs für Forschung und universitäre Lehre (siehe 4.2.5).

Aus diesen Gründen schlägt der Regierungsrat dem Grossen Rat vor, dass beim UKBB die ambulante Unterdeckung anders als bei den öffentlichen Spitalern im Kanton Basel-Stadt behandelt werden soll. Zur Sicherung der Finanzierung sollen die Beiträge an die ambulante Unterdeckung im UKBB erstens nicht nur eine Teilfinanzierung sein, sondern die volle Höhe der Finanzierungslücke ausgleichen und zweitens keiner Degression unterliegen.

Der Regierungsrat schlägt deshalb nachfolgende konkrete Vorgehensweise vor.

## Degressive Finanzierung der Unterdeckung im spitalambulantem Bereich der öffentlichen Spitäler; mit Ausnahme des UKBB

Gemeinwirtschaftliche und übrige ungedeckte Leistungen	USB	UKBB*	UPK	FPS	Total öffentliche Spitäler
Finanzielle Unterdeckung der Spitalambulatorien	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF
im Jahr 2012	18'643	4'720	2'509	1'041	26'913
im Jahr 2013	10'764	4'720	1'449	601	17'534
im Jahr 2014	2'886	4'720	388	161	8'155

## 4.2 Universitäre Lehre und Forschung (L+F)

Die bisherige unterschiedliche Betrachtungsweise von Krankenversicherern, Universität und Spitälern bezüglich Abgeltung der universitären Lehre und Forschung führt in diesem Bereich für die Spitäler zu einer substanziellen Unterdeckung.

### 4.2.1 Sicht der Krankenversicherer

Die Spitaltarife nach KVG werden zwischen den Tarifpartnern (Spitäler und Krankenversicherern, respektive deren Verhandlungsorganisationen [Tarifsuisse AG, Helsana-Sanitas-KPT-Gruppierung, Assura]) verhandelt. Als Grundlage für die Tarifberechnung wird der anrechenbare, stationäre Betriebsaufwand ermittelt. Weil die Aufwendungen für universitäre Lehre und Forschung (inkl. ärztliche Weiterbildung) in der Realität nur annähernd beziffert werden können, werden nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nachfolgende **normative** Abzüge durch die Krankenversicherer vorgenommen.

- Bei Universitätsspitälern ..... 25% des stationären Gesamtaufwands
- Bei Spitälern mit mehr als 125 Betten ..... 5% der stationären Personalkosten
- Bei Spitälern zwischen 75 und 125 Betten..... 2% der stationären Personalkosten
- Bei Spitälern mit weniger als 75 Betten..... 1% der stationären Personalkosten

### 4.2.2 Sicht Universität

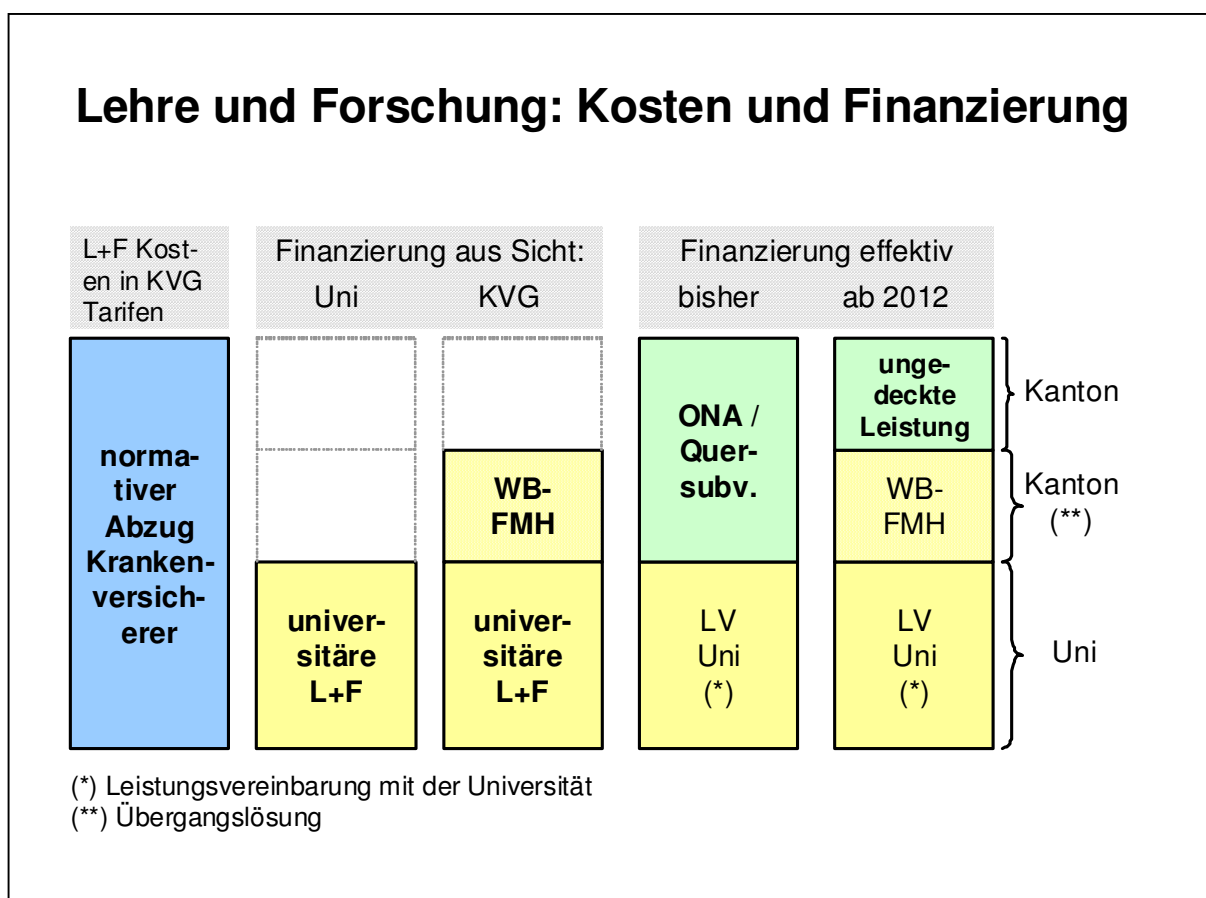
Die Universität finanziert die Forschung und die Lehre im eigentlichen Sinn, d.h. bis zum Universitätsabschluss (Staatsexamen Medizin). In den Spitälern entsteht jedoch ein grosser Teil der Aufwendungen für die Lehre durch die ärztliche Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte zum FMH-Facharztstitel (WB-FMH). Da die Weiterbildung zum FMH-Facharztstitel erst nach dem universitären Abschluss erfolgt, lehnen die

schweizerischen Universitäten die Übernahme dieser Kosten ab. Die Universität Basel verfügt zudem gar nicht über die notwendigen finanziellen Mittel.

#### 4.2.3 Sicht Spitäler

Für die Spitäler entsteht dadurch die Situation, dass der (aus Sicht des KVG) eigentlich zuständige Kostenträger (Universität) für die fachärztliche Weiterbildung nicht aufkommen will. Dazu fällt ins Gewicht, dass die geltenden normativen Abzüge der Krankenversicherer deutlich höher liegen als die effektiven Abgeltungen für L+F und WB-FMH.

Zur Verdeutlichung ist diese Ausgangslage für die Finanzierung der L+F / WB-FMH Kosten der Spitäler nachfolgend nochmals schematisch dargestellt.



In der nachstehenden Tabelle ist die finanzielle Situation dargestellt. Die Normabzüge der Krankenversicherer belaufen sich auf CHF 146.7 Mio. Die Vergütung der Universität beläuft sich auf rund CHF 70 Mio. Es besteht demnach eine Finanzierungslücke im Umfang von rund 76.8 Mio. CHF. Diese wird derzeit aus den Erträgen der Zusatzversicherungen querfinanziert bzw. in den öffentlichen Spitälern auch über den ordentlichen Nettoaufwand (ONA) gedeckt.



**Übersicht L+F Kosten**

in TCHF	Normabzüge L+F Kranken- versicherer	L+F Vergütung nach Leistungsantrag Universität	Finanzierungs- lücke (Zusatzversiche- rung / ONA)
FPS	3'536	611	2'925
UKBB	9'000	5'000	4'000
USB	108'000	56'000	52'000
UPK	20'300	8'300	12'000
Reha Chrischona	312	0	312
Adullam	109	0	109
Bethesda	748	0	748
Merian Iselin	711	0	711
St. Clara	3'546	0	3'546
Sonnenhalde	104	0	104
Schmerzklinik	100	0	100
Hildegard Hospiz	40	0	40
REHAB	216	0	216
<b>Total</b>	<b>146'722</b>	<b>69'911</b>	<b>76'811</b>

In Bezug auf die Neuordnung der Spitalfinanzierung stellt sich nun die Frage, wie die Finanzierung ab 2012 geregelt werden soll. Dafür ist es zweckmässig, zwei Themenfelder gesondert zu betrachten:

- Die Weiterbildungskosten bis zum Facharzttitel
- Die verbleibende Finanzierungslücke zum Normabzug der Krankenversicherer

**4.2.4 Weiterbildung Medizinalberufe zum FMH-Facharzttitel**

Bei der ärztlichen Weiterbildung zum FMH-Facharzttitel handelt es sich um eine klassische gemeinwirtschaftliche Leistung (GWL), welche in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) in Art. 7 erwähnt ist. Grundsätzlich ging der Gesetzgeber davon aus, dass die Weiterbildung der Medizinalberufe zum Facharzttitel über die Universitäten zu bezahlen sei, was aber von den Universitäten abgelehnt wurde. Die Finanzierung erfolgt heute weder über die Universitäten, die Versicherungen noch durch die angehenden Fachärztinnen oder Fachärzte selber. Die grossen Lehrspitäler der Kantone und die Privatspitäler (in wesentlich kleinerem Umfang) finanzieren die Weiterbildung zum FMH-Facharzttitel über eine Quersubventionierung aus den Zusatzversicherungserträgen und die öffentlichen Spitäler zusätzlich über den ONA. Die Weiterbildung wird unabhängig von der Herkunft des Assistenzarztes (andere Kantone, Ausland) finanziert. Die Problematik betrifft alle Spitäler in der Schweiz und muss deshalb einer national einheitlichen Lösung zugeführt werden. Am stärksten betroffen sind die grossen universitären Lehrspitäler, in Basel-Stadt in erster Linie das Universitätsspital Basel (USB).

Eine Finanzierungsregelung muss unabhängig von den Krankenversicherungstarifen für stationäre Behandlungen erarbeitet werden. Zuständig dafür sind die Kantone (Spitäler, GDK, Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren [EDK]) in Zusammenarbeit mit der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG). Dieses Thema bildet einen Schwerpunkt bei der „Plattform Zukunft ärztliche Bildung“ des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). Zurzeit findet dabei eine Erhebung des Bundes zum Thema Weiterbildung statt. Weil eine definitive, nationale Lösung vor Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung wenig wahrscheinlich ist, müssen die Kantone Übergangslösungen entwickeln.

Das Gesundheitsdepartement (GD) hat die baselstädtischen Spitäler Anfang 2011 aufgefordert, die Weiterbildungskosten zum FMH-Facharzttitle zu beziffern und dem GD zu melden, was schlussendlich einen Gesamtbetrag von CHF 49.3 Mio. ergab. Der Hauptanteil von CHF 41 Mio. entfällt auf das USB. Dieser Betrag wurde im Rahmen einer neuen Studie aus dem Jahr 2010 des Bundesamtes für Statistik (BFS) im Auftrag der GDK für alle Universitätsspitäler detailliert ermittelt. Die von den Universitätsspitalern im Rahmen der BFS-Studie gemachten Angaben unterscheiden sich jedoch beträchtlich. Diese Zahlen wie auch die Angaben der übrigen Spitäler basieren letztlich auf eigenen Einschätzungen bzw. Selbstdекларationen des betroffenen Personals.

Eine objektiv exakte Ermittlung der Weiterbildungskosten auf Franken und Rappen genau ist letztendlich nicht möglich. Im Rahmen der oben beschriebenen Bemühungen auf nationaler Ebene dürfte eine Einigung auf einen normativen Ansatz sehr wahrscheinlich sein. Aus diesem Grund ist der Regierungsrat der Auffassung, dass auch kantonal nur ein solcher als Übergangslösung in Frage kommt. Dabei müssen verschiedene empirisch fundierte Annahmen über die zur Weiterbildung eingesetzte Arbeitszeit pro Stelle getroffen werden. Dies geschieht sowohl für die Lehre empfangenden wie auch für die Lehre erteilenden Personen. Die so ermittelte Stundenzahl kann auch einen Anteil von Arbeitszeit enthalten, der den Produktivitätsverlust widerspiegelt, den ein Lehrbetrieb durch seine Weiterbildungstätigkeit erleidet. Danach können die finanzierungsrelevanten Weiterbildungskosten aufgrund der ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzte und eines kalkulatorischen Personalkostensatzes festgelegt werden.

Ein solches Vorgehen besticht durch die Tatsache, dass für die Spitäler ein positiver Anreiz geschaffen wird, Weiterbildungsstellen zu schaffen. Eine Lösung, die auf einer Kostenerhebung in den Spitälern basiert, hat immer den Nachteil, dass die Kostenangaben aufgrund einer subjektiven Selbsteinschätzung zu hoch ausfallen können. In diesem Sinn ist die oben erwähnte Studie des BFS als Obergrenze der Weiterbildungskosten zu betrachten.

### **Normativer Ansatz zur Abgeltung der Weiterbildung zum FMH-Facharzttitle**

Die nachfolgenden Überlegungen sind auf den normativen Ansatz der Arbeitsgruppe (mit Beteiligung des GD BS) „Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“<sup>1</sup> unter der Leitung des

---

<sup>1</sup> In der Themengruppe sind Mitglieder aus folgenden Organisationen vertreten: GDK, BAG, BFS, santésuisse, H+, SIWF, VSAO, VLSS, OdASanté, SUK, EDK, MEBEKO

Zentralsekretärs der GDK abgestützt. Damit soll eine möglichst einheitliche Sichtweise der Thematik gewährleistet werden. Die Arbeitsgruppe der GDK hielt aufgrund der Diskussionen folgende Punkte fest:

- a. Der Kostendruck wird aufgrund der durch die neue Spitalfinanzierung ausgelösten Wettbewerbssituation sowie der Fallfinanzierung anstelle der Globalbudgets oder Defizitdeckung seitens der Kantone zunehmen.
- b. Nationale „Pool“-Modelle zur Finanzierung der Weiterbildung finden zurzeit keine Mehrheit unter den Arbeitsgruppenmitgliedern.
- c. Es soll ein einfaches und pauschales Finanzierungsmodell entwickelt werden, welches die Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Weiterbildungsleistungen an die Erfüllung von quantitativen und qualitativen Kriterien knüpft und über entsprechende Regelungen in den Leistungsverträgen verhindert, dass in der Weiterbildung engagierte Spitäler gegenüber anderen Spitälern in Nachteil geraten.

Das von der GDK-Arbeitsgruppe vorgeschlagene Modell sieht folgende normative und auf Erfahrungswerten erhobene Beiträge vor:

- Nicht-universitäre Spitäler CHF 20'000 pro Assistenzarzt und Jahr
- Universitätsspitäler CHF 30'000 pro Assistenzarzt und Jahr

Somit sollen alle Spitäler, welche Weiterbildungsstellen zum FMH-Facharzttitel anbieten, einen normativen Beitrag erhalten. Die Differenz von CHF 10'000 zwischen Universitätsspitalern und nicht-universitären Spitälern wird zur Hauptsache auf die strukturierte Weiterbildung, welche vornehmlich im universitätsnahen Umfeld anfällt, zurückgeführt.

### Normative Kosten der Weiterbildung zum FMH-Facharzttitel in den baselstädtischen Spitälern

Spital	Anzahl Assistenz-ärzte Vollzeit-äquivalent	normative Kosten der Weiterbildung zum FMH-Facharzttitel in CHF
FPS	20	400'000
UKBB*	25	750'000
USB	332	9'960'000
UPK	59	1'770'000
Reha Chrischona	6	120'000
Adullam	10	200'000
Bethesda	10	200'000
Merian Iselin	4	80'000
St. Clara	34	680'000
Sonnenhalde	12	240'000
Schmerzlinik	1	20'000
Hildegard Hospiz	0	0
REHAB	4	80'000
<b>Total</b>	<b>517</b>	<b>14'500'000</b>

\* UKBB nur die Hälfte von 50 Assistenzärzten eingerechnet; da Trägerschaft BS und BL

Auf Basis des vorgeschlagenen normativen Ansatzes zur Ermittlung der Weiterbildungskosten zum FMH-Facharzttitle resultiert ein Finanzierungsbedarf von CHF 14.5 Mio. Dieser Betrag liegt markant unter den CHF 49.3 Mio., welche die Spitäler per Selbstdeklaration geltend gemacht haben.

Stossend an der heutigen Finanzierung der Weiterbildungskosten zum FMH-Facharzttitle ist, dass diese einseitig zu Lasten der Spitalträgerschaften – unabhängig von der Herkunft des Assistenzarztes – geht. Die Lösung auf gesamtschweizerischer Ebene soll deshalb nicht nur einen normativen Ansatz verfolgen, sondern auch eine vermehrte finanzielle Beteiligung von Kantonen vorsehen, welche keine Weiterbildungsstellen anbieten. Dabei könnten z.B. analog der Interkantonalen Universitätsvereinbarung (IUV) die Wohnkantone, in welchen die Ärzte in Weiterbildung ihre Matura absolviert haben, zur Abgeltung der Weiterbildungskosten herangezogen werden. Des Weiteren wird auch auf CH-Ebene darüber diskutiert, ob nicht auch eine Eigenbeteiligung der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzttitle vorzusehen sei.

Bei all diesen Varianten gilt es zu beachten, dass rund 30% der Ärzte, welche sich in der Weiterbildung zum FMH-Facharzttitle befinden, ein ausländisches Arzttitle besitzen und somit mit den vorgeschlagenen Massnahmen – ausser der Eigenbeteiligung - nicht für die Abgeltung der Weiterbildungskosten herangezogen werden könnten.

#### **4.2.5 Finanzierungslücke zum normativen Abzug für Lehre und Forschung der Krankenversicherer**

Ausgehend von der Annahme, dass die Lehre- und Forschungsabzüge der Krankenversicherer im gleichen Ausmass Bestand haben werden, verbleibt nach der normativen Abgeltung der Weiterbildungskosten immer noch eine Finanzierungslücke. Gemäss der Tabelle „Übersicht L+F-Kosten“ beträgt die Deckungslücke inkl. Weiterbildungskosten CHF 76.8 Mio. Nach Abzug der normativ errechneten Weiterbildungskosten von CHF 14.5 Mio. verbleibt immer noch eine Unterdeckung von CHF 62.3 Mio. Betroffen sind in erster Linie die Universitätsspitäler (USB, UKBB, UPK).

Theoretisch ist es denkbar, dass die Universitätsspitäler im Rahmen der Tarifverhandlungen versuchen werden, einen tieferen L+F-Abzug durchzusetzen. Aus zwei Gründen ist dies jedoch eher unwahrscheinlich:

1. Der anrechenbare Aufwand zu Lasten der Krankenversicherung und damit die Baserate (Fallpreis) 2012 würde höher ausfallen und auf diese Weise die Konkurrenzsituation der Universitätsspitäler verschlechtern.
2. Die Krankenversicherer werden versuchen auf der bisherigen höchstrichterlichen Festlegung des normativen L+F-Abzuges bestehen, um das Prämienniveau nicht weiter zu erhöhen.

Wiederum muss die Situation des UKBB mit bikantonaler Trägerschaft gesondert betrachtet werden:

Das UKBB benötigt als Monopolbetrieb und Versorger für die ganze Nordwestschweiz nördlich des Juras keine künstlich tief gehaltene Baserate durch kantonale Ausfinanzierung der Deckungslücke für Forschung und universitäre Lehre. Im Bereich der Kindermedizin ist gemäss dem Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn kaum mit Patientenbewegungen über den Jura zu rechnen.

Daher steht für die Ausfinanzierung der L+F-Aufwendungen eine kantonale Pauschalabgeltung nur für die Spitäler des Kantons Basel-Stadt – mit Ausnahme des UKBB - im Vordergrund.

### Ausfinanzierung der Deckungslücke L+F durch Pauschalabgeltung

	Abzüge L+F santésuisse in TCHF	Vergütung Uni in TCHF	ONA finanziert / quersubvent ioniert** in TCHF	normative Kosten L+F GDK pro Assistenzarzt in TCHF	Ausfinanzierung L+F durch Pauschalab geltung in TCHF
FPS	3'536	611	2'925	400	2'525
*UKBB	9'000	5'000	4'000	750	0
USB	108'000	56'000	52'000	9'960	42'040
UPK	20'300	8'300	12'000	1'770	10'230
Reha Chrischona	312	0	312	120	192
Adullam	109	0	109	200	-91
Bethesda	748	0	748	200	548
Merian Iselin	711	0	711	80	631
St. Clara	3'546	0	3'546	680	2'866
Sonnenhalde	104	0	104	240	-136
Schmerzklinik	100	0	100	20	80
Hildegard Hospiz	40	0	40	0	40
REHAB	216	0	216	80	136
<b>Total</b>	<b>146'722</b>	<b>69'911</b>	<b>76'811</b>	<b>14'500</b>	<b>59'061</b>

\*UKBB nur die Hälfte von 50 Assistenzärzten einberechnet  
\*\* UKBB über Bruttopflegesatz

Im Rahmen der Genehmigung der Spitaltarife 2012 wird der Regierungsrat die Kalkulationsgrundlagen der Tarifverhandlung überprüfen. Sollte sich dabei herausstellen, dass die Tarifpartner tiefere Normabzüge für L+F vorgenommen haben, wird selbstverständlich auch nur die noch verbleibende, tiefere Finanzierungslücke abgegolten. Die in der Tabelle aufgelisteten Beträge verstehen sich somit als höchstmögliche Ansätze.

### 4.3 Finanzielle Unterdeckung der Tageskliniken

In der Psychiatrie, der Geriatrie, der Rehabilitation und in der Kindermedizin besteht ein bedarfsgerechtes Angebot an tagesklinischer Betreuung. Solche Tageskliniken werden durch die UPK, die psychiatrische Klinik Sonnenhalde, das UKBB, die Rehab und das FPS betrieben. Die Krankenversicherer vergüten seit der Streichung der Leistungskategorie teilstationär aus dem KVG nur noch die Leistungen nach den ambulanten Tarifen. Weil typischerweise psychosoziale Betreuungsleistungen in grossem Ausmass in den Tageskliniken erbracht werden, die keine Pflichtleistungen der Krankenversicherung sind, resultiert für die Spitalträger eine entsprechend grosse Unterdeckung. Die Defizite werden derzeit über den ordentlichen Nettoaufwand (ONA) und beim UKBB über den Globalbeitrag „übrige Leistungen“ finanziert, respektive durch die Trägerschaft der Sonnenhalde gedeckt. Die kostenrechnungsbasierte Bedarfsmeldung der Spitäler weist einen Fehlbetrag von CHF 4.96 Mio. für alle bzw. CHF 4.1 Mio. nur für baselstädtische Patientinnen und Patienten aus. Aus Sicht einer optimalen Gesundheitsversorgung müssen diese Angebote beibehalten werden, damit keine Rückverlagerungen in den stationären Bereich erfolgen, die weder dem Wunsch der Patientinnen und Patienten, noch medizinisch sinnvoll und auch teurer wären.

#### Finanzierung der Tageskliniken

Gemeinwirtschaftliche Leistungen 2010 - Tageskliniken				
Institution	Gesamtkosten (CHF)	Total Deckungsbeitrag (CHF)	Total Fehlbetrag (CHF)	Total Fehlbetrag nur Kanton BS (CHF)
Psychiatrische Klinik Basel - Tagesklinik	2'062'452	639'520	1'422'932	1'408'336
Psychiatrische Klinik Basel - Psychotherap. Tagesklinik	1'449'250	671'770	777'480	580'488
Felix Platter-Spital (FPS)	2'026'530	441'738	1'584'792	1'289'688
Universitäts-Kinderspital (UKBB) <sup>1</sup>	1'852'500	1'236'300	616'200	369'720
Psychiatrische Klinik Sonnenhalde	1'123'200	680'940	442'260	308'574
REHAB Basel <sup>2</sup>	600'500	600'500	121'000	121'000
<b>Summe</b>	<b>9'114'432</b>	<b>4'270'768</b>	<b>4'964'664</b>	<b>4'077'806</b>

<sup>1</sup> Kennzahlen auf Grundlage der UKBB Hochrechnung 2012

<sup>2</sup> Da das REHAB bisher keine öffentlichen Gelder erhalten hat, scheint es angezeigt, hier von Beginn an nur den Fehlbetrag für BS-Patienten einzustellen. Der Fehlbetrag ergibt sich folglich aus 55% von 440 x CHF 500.-.

Auch bei den Tageskliniken gilt – zwar im Vergleich zu den Spitalambulatorien in vermindertem Ausmass –, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten einen ausserkantonalen Wohnsitz hat. Mittelfristig soll deshalb eine gesamtschweizerische Lösung angestrebt werden, die einerseits kostendeckende Tarife und andererseits die finanzielle Verpflichtung der Wohnkantone der Patientinnen und Patienten beinhaltet – analog der Spitalfinanzierung ab 2012. Kurzfristig soll deshalb der Kanton Basel-Stadt im Sinne einer optimalen Gesundheitsversorgung die Finanzierung der Deckungslücke in den Tageskliniken auch für ausserkantonale Patientinnen und Patienten übernehmen. Andernfalls müssten die Spitäler eine „Zweiklassen-Medizin“ betreiben, indem ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die weder über genügend finanzielle Mittel noch über eine Zusatzversicherung für ambulante Nicht-KVG-Leistung verfügen, der Zutritt in die Tagesklinik verwehrt bliebe.

#### **4.4 Passerelle und Langzeitpatienten in den UPK und dem FPS**

Die Passerelle im FPS versorgt betagte Patientinnen und Patienten, die nicht mehr spitalbedürftig (im Sinn des KVG) sind, aber noch nicht nach Hause oder in ein Pflegeheim verlegt werden können. Meist handelt es sich um Personen, die auf der Warteliste für einen Pflegeheimplatz stehen. Die Abrechnung erfolgt heute nach Pflegeheim-Rahmenvertrag (Pensionstaxe plus Pflegekosten gemäss Einstufung Pflegebedarfssystem). Das heisst, dass die Patientinnen und Patienten die Betreuungstaxe selber tragen müssen oder über die Ergänzungsleistungen (EL) finanziert erhalten. Falls noch keine Berentung besteht, kann eine Finanzierung zu Lasten der Härtefallregelung nach der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO) erfolgen.

Bei Langzeitpatienten handelt es sich um Personen, bei denen die Krankenversicherer keine Akut- und Rehabilitationsleistungen mehr übernehmen und die aus verschiedenen Gründen nicht nach Hause entlassen oder in ein Pflegeheim übertreten können. Für diese gilt eine durch den Regierungsrat festgelegte Langzeitpflegetaxe von derzeit CHF 361 pro Tag. Auch hier übernehmen die Krankenversicherer einen Teil (pauschal CHF 65 für Arztleistungen, Medikamente und Therapien). Der Rest geht zu Lasten der Patienten bzw. wird subsidiär durch die EL oder über die Härtefallregelung nach der KVO finanziert.

Der Gesamtertrag für die Spitäler liegt sowohl bei den Passerellen- als auch den Langzeitpatientinnen und -patienten in vergleichbarer Höhe und vermag die Kosten nicht zu decken. Der Fehlbetrag beläuft sich auf ca. CHF 8 Mio. pro Jahr. Davon gehen CHF 6.8 Mio. zu Lasten der Rechnung des FPS und CHF 1.2 Mio. zu Lasten derjenigen der UPK.

Künftig müssen beide Institutionen sowohl für Langzeitpatientinnen und -patienten kostendeckende Tarife in Rechnung stellen. Weiterhin wird ein (kleiner) Teil davon über die OKP finanziert werden, der (im Vergleich zu heute höhere) Rest geht zu Lasten der Patientinnen und Patienten selber. Diese haben wiederum analog zur aktuellen Situation die Möglichkeit EL oder eine Finanzierung über die Härtefallregelung zu beantragen. Aufgrund von Erfahrungswerten kann davon ausgegangen werden, dass ca. 25% der Patientinnen

und Patienten Selbstzahler sind und demnach ab 2012 neu ca. CHF 6 Mio. zusätzlich über EL oder nach der Härtefallregelung KVO ausbezahlt werden, statt wie bisher über den ONA.

Derzeit befinden sich mehrere Bauprojekte für Pflegeheime in der Planungs- und Realisierungsphase mit dem Ziel, das Angebot an Pflegeheimplätzen spürbar auszubauen. Spätestens ab 2015 ist eine deutliche Reduktion der Wartezeiten für einen Pflegeheimenritt zu erwarten, wodurch Passerellenangebote an Bedeutung verlieren bzw. unter Umständen ganz eingestellt werden können.

#### **4.5 Abgeltung Invalidenversicherungsfälle innerkantonal**

Bisher wurden die innerkantonalen Invalidenversicherungsfälle (IV-Fälle) durch die Kantone mit 20% subventioniert, da die IV ihre Taxen auf 80% der anrechenbaren Kosten der Spitäler für Kantonseinwohner begrenzt hatte. Dies betraf vor allem das UKBB, welches über einen IV-Anteil unter den Patienten von rund 18% (ca. 35% der Pflegetage) aufweist. Die Medizinaltarif-Kommission (MTK) hat im März 2011 entschieden, dass eine stufenweise Aufhebung der 80%-Begrenzung angestrebt werden soll. Ab dem Jahr 2012 sollen 90% und ab dem Jahr 2013 dann 100% der anrechenbaren Kosten durch die IV übernommen werden. Somit wäre die entsprechende Unterdeckung von CHF 0.63 Mio. für das UKBB vom Kanton Basel-Stadt nur für das Jahr 2012 vorzusehen bzw. zu budgetieren.

#### **4.6 Weitere „kleinere“ gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)**

Bei den weiteren „kleineren“ GWL handelt es sich um eine Vielzahl von (Versorgungs-) Leistungen, die heute grösstenteils durch die öffentlichen Spitäler erbracht werden, die aber weder durch die Versicherungen noch andere Kostenträger finanziert werden und bisher den ONA erhöhen, resp. vom privaten Spitalträger übernommen werden. Dazu gehören z.B. die Sozialdienste der Spitäler, die Schulangebote für Kinder bei längerem Spitalaufenthalt in den UPK und im UKBB, aber auch Aufgaben, welche das Bundesrecht den Kantonen vorschreibt (Betrieb von geschützten Operationsstellen [GOPS] im USB und im St. Claraspital). Für jede einzelne gemeinwirtschaftliche Leistung muss der Besteller und Zahler eine entsprechende Leistungsvereinbarung ausarbeiten. Das Total der „kleineren“ GWL beträgt rund CHF 10 Mio.



## Übersicht der „kleineren“ Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)

## Übrige Gemeinwirtschaftliche Leistungen 2010

Übrige Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Erläuterungen)	Schätzung des Volumens in TCHF p.a.				
	USB	FPS	UPK	UKBB (nur BS)	Übrige Spitäler
<b>Sozialdienstliche Leistungen</b> (Wohnsituationsabklärung, Abklärung von Sozialversicherungsansprüchen und allgemeine Finanzberatung, Begleitung von Patienten auf Ämter und in Wohnheime u.a.)	675	826	3'000	300	-
<b>Langzeitbehandlung von IV-Patienten mit Multimorbidität</b>	-	1'100	-	-	-
<b>Spitalseelsorge</b>	392	237	165	-	-
Weitere Dienstleistungen in <b>Psychosomatik, Neuropsychologie</b>	700	-	-	-	-
<b>Schulunterricht</b> (für schulpflichtige Kinder und Jugendliche während stationärem Aufenthalt)	-	-	426	250	-
<b>Leitendes Notarztsystem</b> für Basel-Stadt (Aufbau und Vorhaltung von speziell ausgebildeten Notärzten, die bei ausserordentlichen Ereignissen die Führung/Koordination am Schadenplatz übernehmen können).	500	-	-	-	-
Unterstützungsleistungen an <b>Rettungsdienste</b> (Begleitung der Sanität durch Notärzte)	500	-	-	-	-
Besondere Teile der <b>Präventivmedizin</b> (Besondere Untersuchungen, Impfmassnahmen, Durchleuchtung, Aufklärungsmassnahmen etc.)	-	-	-	250	-
Führung des kantonalen <b>Krebsregisters</b>	205	-	-	-	-
<b>Geschützte Spitalbereiche</b>	110	-	-	-	50
<b>Transplantationskoordinator</b> (gemäss Transplantationsgesetz)	120	-	-	10	-
<b>Medizinische Notrufzentrale</b> (stufengerechte Triagierung)	80	-	-	-	-
<b>Anonyme Sprechstunde Schwangerschaft</b>	65	-	-	-	-
<b>Lagerung von Medikamenten und Medizinprodukten</b> (Pandemiemedikamente und -material)	5	-	-	31	-
<b>Sonderleistungen</b> im Rahmen des Kinder- und Jugendschutzes, Opferhilfegesetzes, Frauenschutzes u.a. (Bluttests, DNA-Tests etc.)	-	-	20	-	-
<b>HIV-Sprechstunden</b> mit anonymer Diagnostik	20	-	-	-	-
<b>Total übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen nach Spital</b>	<b>3'372</b>	<b>2'163</b>	<b>3'611</b>	<b>841</b>	<b>50</b>

Gesamttotal übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen

10'037

Die Ausarbeitung der einzelnen Leistungsvereinbarungen zu den „kleineren“ GWL gestaltet sich äusserst schwierig. Oft handelt es sich um Leistungen, welche die Spitäler erbringen ohne diese in separaten Kostenstellen oder Aufträgen darzustellen bzw. abzubilden. Dies ist auch der Hauptgrund, weshalb die Verhandlungen zwischen Leistungseinkäufern und Leistungsbringern noch nicht abgeschlossen sind.

#### **4.7 GWL und übrige ungedeckte Leistungen für ausserkantonale Patienten**

Wesentliche GWL- bzw. übrige ungedeckte Leistungen, vor allem aber die ambulanten Leistungen und die Weiterbildung zum FMH-Facharzttitel, werden heute – wie schon erwähnt – auch für ausserkantonale wohnhafte Personen von Basel-Stadt finanziert, wenn keine Vergütung durch (Spital-) Abkommen besteht. Einen hohen Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten weisen vor allem das USB (rund 46%) und das UKBB (nicht BS/BL rund 26%) auf. Es ist davon auszugehen, dass das Volumen von GWL und übrigen ungedeckten Leistungen aller baselstädtischen Spitäler, an erster Stelle aber der öffentlichen Spitäler, zu Gunsten von ausserkantonalen Empfängern bei rund 40% von CHF 122.1 Mio. liegen dürfte (dies entspricht rund CHF 48.8 Mio.).

In parlamentarischen Diskussionen wurde verschiedentlich die Meinung geäussert, dass es nicht Aufgabe des Kantons Basel-Stadt sei, Leistungen für Ausserkantonale (mit) zu finanzieren. Dem ist bis zu einem gewissen Grad zuzustimmen. Führt man aber universitäre Zentrumsspitäler wie der Kanton Basel-Stadt, so ist eine hohe Importquote ausserkantonomer Patientinnen und Patienten für den Erfolg der medizinischen Zentrumsversorgung unerlässlich (case load). Der Regierungsrat hat in diesem Zusammenhang schon verschiedentlich darauf aufmerksam gemacht, dass deshalb eine Wohnortfinanzierung für die Universitätsspitäler anzustreben sei. Es liegt hier ein klassischer Zielkonflikt vor, zu dessen Auflösung der Kanton Basel-Stadt eine Interessenabwägung zwischen seinen Zielen als Eigner der öffentlichen Spitäler (Importstrategie PatientInnen bzw. Dienstleistungsexport, Qualitätsführerschaft) und den finanzpolitischen Zielsetzungen vornehmen muss. Dabei ist auch in Erwägung zu ziehen, dass die Zentrumsmedizin als Wirtschaftsfaktor pekuniären und nicht-pekuniären Zusatznutzen induziert. Die Finanzierung von GWL und von ungedeckten Leistungen, welche durch ausserkantonale Patientinnen und Patienten anfallen, soll deshalb als befristete Übergangslösung zu Gunsten einer optimalen Versorgungssicherheit und der Bilanzsicherheit der eigenen Spitäler in Kauf genommen werden.

Mittelfristig sollen wie bereits dargelegt nationale Lösungen gesucht werden, die erstens zu betriebswirtschaftlich korrekten Tarifen führen und zweitens die Wohnortkantone der Patientinnen und Patienten auch für GWL und ungedeckte Leistungen zur Mitfinanzierung verpflichten. Dieser Lösungsansatz ist insbesondere für die Finanzierung der ambulanten Unterdeckung, der ärztlichen Weiterbildung und – falls mittelfristig noch vorhanden – den Normabzug für L+F geeignet. Für die Finanzierung einer Vielzahl der „kleineren“ GWL steht jedoch ein regionales Vorgehen im Vordergrund. Dort sollen im Verlauf des nächsten Jahres die Spitäler in direkte Verhandlungen mit den Wohnortkantonen der ausserkantonalen Nutzniesser dieser GWL treten.

## 5. Gesamtübersicht gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen für die Jahre 2012 - 2014

Aufgrund der im vorliegenden Ratschlag dargestellten Bereiche der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen ergibt sich folgender Gesamtfinanzierungsbedarf.

### Gesamtfinanzierungsbedarf gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen 2012

Gemeinwirtschaftliche Leistungen und übrige ungedeckte Leistungen	USB	UKBB	UPK	FPS	Total öffentliche Spitäler	übrige BS-Spitäler	Total öffentl. und Privatspitäler
	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF
Finanzielle Unterdeckung der Spitalambulatorien	18'643	4'720	2'509	1'041	26'913		26'913
Tageskliniken	0	616	2'201	1'585	4'402	563	4'965
<b>Total übrige ungedeckte Leistungen</b>	<b>18'643</b>	<b>5'336</b>	<b>4'710</b>	<b>2'626</b>	<b>31'315</b>	<b>563</b>	<b>31'878</b>
Weiterbildung der Medizinalberufe bis zum Facharzttitle	9'960	750	1'770	400	12'880	1'620	14'500
Differenz Abzug L+F durch Versicherer und gemeldete Kosten Weiterbildung zum FA	42'040	0	10'230	2'525	54'795	4'266	59'061
Passerellen <sup>1</sup>	0	0	897	5'103	6'000		6'000
Sonderfall IV innerkant. 90%	0	630	0	0	630		630
weitere "kleinere" GWL	3'372	841	3'611	2'163	9'987	50	10'037
<b>Total GWL</b>	<b>55'372</b>	<b>2'221</b>	<b>16'508</b>	<b>10'191</b>	<b>84'292</b>	<b>5'936</b>	<b>90'228</b>
Reserve für nicht geklärte Positionen							2'894
<b>Gesamttotal</b>	<b>74'015</b>	<b>7'557</b>	<b>21'218</b>	<b>12'817</b>	<b>115'607</b>	<b>6'499</b>	<b>125'000</b>

<sup>1</sup>Total basiert auf Erfahrungswert, dass ca. 3/4 der Passerellen- und Langzeitpatienten EL-Bezüger sind.

### Gesamtfinanzierungsbedarf gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen 2013

Gemeinwirtschaftliche Leistungen und übrige ungedeckte Leistungen	USB	UKBB	UPK	FPS	Total öffentliche Spitäler	übrige BS-Spitäler	Total öffentl. und Privatspitäler
	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF
Finanzielle Unterdeckung der Spitalambulatorien	10'764	4'720	1'449	601	17'534		17'534
Tageskliniken	0	616	2'201	1'585	4'402	563	4'965
<b>Total übrige ungedeckte Leistungen</b>	<b>10'764</b>	<b>5'336</b>	<b>3'650</b>	<b>2'186</b>	<b>21'936</b>	<b>563</b>	<b>22'499</b>
Weiterbildung der Medizinalberufe bis zum Facharzttitle	9'960	750	1'770	400	12'880	1'620	14'500
Differenz Abzug L+F durch Versicherer und gemeldete Kosten Weiterbildung zum FA	42'040	0	10'230	2'525	54'795	4'266	59'061
Passerellen <sup>1</sup>	0	0	897	5'103	6'000		6'000
Sonderfall IV innerkant. 90% <sup>2</sup>	0	0	0	0	0		0
weitere "kleinere" GWL	3'372	841	3'611	2'163	9'987	50	10'037
<b>Total GWL</b>	<b>55'372</b>	<b>1'591</b>	<b>16'508</b>	<b>10'191</b>	<b>83'662</b>	<b>5'936</b>	<b>89'598</b>
Reserve für nicht geklärte Positionen							2'903
<b>Gesamttotal</b>	<b>66'136</b>	<b>6'927</b>	<b>20'158</b>	<b>12'377</b>	<b>105'598</b>	<b>6'499</b>	<b>115'000</b>

<sup>1</sup>Total basiert auf Erfahrungswert, dass ca. 3/4 der Passerellen- und Langzeitpatienten EL-Bezüger sind.

<sup>2</sup>Gemäss Schreiben MTK vom 30. März 2011 soll IV-Baserate der KVG-Baserate ab 1. Januar 2013 entsprechen; damit entfällt ab diesem Zeitpunkt die Restfinanzierung durch den Kanton Basel-Stadt

**Gesamtfinanzierungsbedarf gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen 2014**

Gemeinwirtschaftliche Leistungen und übrige ungedeckte Leistungen	USB	UKBB	UPK	FPS	Total öffentliche Spitäler	übrige BS- Spitäler	Total öffentl. und Privatspitäler
	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF
Finanzielle Unterdeckung der Spitalambulatorien	2'886	4'720	388	161	8'155		8'155
Tageskliniken	0	616	2'201	1'585	4'402	563	4'965
<b>Total übrige ungedeckte Leistungen</b>	<b>2'886</b>	<b>5'336</b>	<b>2'589</b>	<b>1'746</b>	<b>12'557</b>	<b>563</b>	<b>13'120</b>
Weiterbildung der Medizinalberufe bis zum Facharzttitel	9'960	750	1'770	400	12'880	1'620	14'500
Differenz Abzug L+F durch Versicherer und gemeldete Kosten Weiterbildung zum FA	42'040	0	10'230	2'525	54'795	4'266	59'061
Passerellen <sup>1</sup>	0	0	897	5'103	6'000		6'000
Sonderfall IV innerkant. 90%	0	0	0	0	0		0
weitere "kleinere" GWL	3'372	841	3'611	2'163	9'987	50	10'037
<b>Total GWL</b>	<b>55'372</b>	<b>1'591</b>	<b>16'508</b>	<b>10'191</b>	<b>83'662</b>	<b>5'936</b>	<b>89'598</b>
Reserve für nicht geklärte Positionen							2'282
<b>Gesamttotal</b>	<b>58'258</b>	<b>6'927</b>	<b>19'097</b>	<b>11'937</b>	<b>96'219</b>	<b>6'499</b>	<b>105'000</b>

<sup>1</sup>Total basiert auf Erfahrungswert, dass ca. 3/4 der Passerellen- und Langzeitpatienten EL-Bezüger sind.

**6. Zusammenfassung**

Die Neuregelung der Spitalfinanzierung, welche per 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist und bis spätestens am 31. Dezember 2011 umgesetzt sein muss, bringt im Bereich der Spitalfinanzierung tiefgreifende Änderungen mit sich. Vor allem die Einführung von schweizweit einheitlichen Fallpreispauschalen im akut-somatischen Bereich und die Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern bedeuten eine wesentliche Wandlung in der Spitalfinanzierung. Daneben hält das revidierte Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) fest, dass in den Spitaltarifen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen, insbesondere für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und für die Forschung und universitäre Lehre enthalten sein dürfen. Die Aufzählung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im KVG ist nicht abschliessend. Die öffentlichen und in einem wesentlich kleineren Ausmass auch die privaten Spitäler erbringen gemeinwirtschaftliche Leistungen, welche bisher in den Spitälern über die Zusatzversicherung und bei den öffentlichen Spitälern zum Teil auch noch über den ONA finanziert wurden. Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen fällt vor allem die Finanzierungslücke zwischen dem Abzug für Forschung und universitäre Lehre der Krankenkversicherer im Umfang von CHF 62.3 Mio. aber auch die normativ errechneten Kosten für die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte zum FMH-Facharzttitel mit CHF 14.5 Mio. ins Gewicht. Neben den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gibt es aber auch noch die Thematik der ungedeckten Kosten.

Bei den ungedeckten Kosten handelt es sich um eine Finanzierungslücke für Leistungen, welche einem nicht kostendeckenden KVG-Tarif unterstehen (z.B. in Teilbereichen des

Arzttarifs Tarmed, Physiotherapie oder Labor). Von den Spitälern wurde in einer Selbsterhebung Anfang 2011 die gesamte Unterdeckung im ambulanten Spitalbereich mit CHF 43.7 Mio. (auf ein Gesamtvolumen im ambulanten Spitalbereich von CHF 206 Mio.) gemeldet. Die von den Spitälern gemeldete Unterdeckung von CHF 43.7 Mio. wurde vom Regierungsrat zwar grundsätzlich erkannt aber die entsprechende Finanzierung auf höchstens CHF 23.7 Mio. limitiert. Zusätzlich soll dieser Betrag über die nächsten drei Jahre – mit Ausnahme UKBB - jährlich reduziert werden (siehe nachfolgende Tabelle).

### Degressive Teilfinanzierung der Unterdeckung im spitalambulantem Bereich der öffentlichen Spitäler; inklusive UKBB

Gemeinwirtschaftliche und übrige ungedeckte Leistungen	USB	UKBB*	UPK	FPS	Total öffentliche Spitäler
Finanzielle Unterdeckung der Spitalambulatorien	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF	in TCHF
im Jahr 2012	18'643	4'720	2'509	1'041	26'913
im Jahr 2013	10'764	4'720	1'449	601	17'534
im Jahr 2014	2'886	4'720	388	161	8'155

Damit sollen die Spitäler genügend Zeit aber auch von Beginn weg Umsetzungsdruck haben, um die nötigen Anpassungen und Optimierungen vornehmen zu können. Das UKBB wird - wie unter 4.1.1 ausgeführt - von der degressiven Teilfinanzierung ausgenommen. Es ist vorgesehen im UKBB die ganze ambulante Unterdeckung der baselstädtischen Patientinnen und Patienten zu finanzieren und auf eine Degression zu verzichten. Dies und die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen soll einem separaten partnerschaftlichen Geschäft mit dem Kanton Basel-Landschaft dem Grossen Rat wie auch dem Landrat unterbreitet werden. Aus diesem Grund werden die in den Tabellen angeführten Gesamtbeträge des UKBB von CHF 7.5 Mio. im Jahr 2012 und CHF 6.9 Mio. im Jahr 2013 dem Grossen Rat **nicht** innerhalb dieses Ratschlags beantragt. Nebst den genannten grossen Posten von GWL und ungedeckten Kosten bestehen noch die „kleineren“ GWL wie z.B. die Beschulung von Kindern bei längeren Spitalaufenthalten oder die Sozialdienste in den Spitälern, welche zusammengenommen einen Finanzierungsbedarf von CHF 10 Mio. ausmachen. Gesamthaft besteht somit für die nächsten zwei Jahre ein Finanzierungsbedarf von gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in den Basler Spitälern von

- CHF 117.5 Mio. im Jahr 2012
- CHF 108.1 Mio. im Jahr 2013

Wie zu Beginn des Ratschlags ausgeführt wurde, beziehen sich sämtliche Ausführungen und Berechnungen jeweils auf einen Zeithorizont von drei Jahren (2012 – 2014). Dies vor allem um die notwendige Umstrukturierung und Optimierung in den ambulanten

Spitalbereichen der öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (ohne UKBB) aufzeigen zu können.

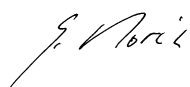
Trotzdem beantragt der Regierungsrat nur eine zweijährige Rahmenausgabenbewilligung. Einerseits soll eine Planungssicherheit für die Spitäler gewährleistet werden, andererseits soll auch die Möglichkeit gewahrt bleiben, die vorgenommenen Annahmen und Berechnungen überprüfen, neue Entwicklungen berücksichtigen und gegebenenfalls Korrekturen vornehmen zu können.

## 7. Antrag

Das Finanzdepartement hat den vorliegenden Ratschlag gemäss §55 des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltgesetz) vom 16. April 1997 überprüft.

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat die Annahme des nachstehenden Beschlussentwurfes.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin  
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl  
Staatsschreiberin

### Beilage

Entwurf Grossratsbeschluss

## Grossratsbeschluss

### Zweijährige Rahmenausgabenbewilligung für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in baselstädtischen Spitälern

(vom **[Hier Datum eingeben]**)

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, nach Einsicht in den oben stehenden Ratschlag und in den Bericht Nr. **[Hier Nummer des GRK-Berichts eingeben]** der **[Hier GR-Kommission eingeben]**-Kommission, beschliesst:

- ://: 1. Der Regierungsrat wird ermächtigt, für die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in baselstädtischen Spitälern (ohne UKBB) für die Jahre 2012 und 2013 Ausgaben von maximal CHF 225.6 Mio. zu tätigen, für das Jahr 2012 CHF 117.5 Mio. und für das Jahr 2013 CHF 108.1 Mio.

Dieser Beschluss ist zu publizieren. Er unterliegt dem Referendum.