



Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG)

Vernehmlassungsentwurf vom 7. Juli 2010

Erläuternder Bericht

A. Ausgangslage

1. Anlass der Neuregelung

Am 21. Dezember 2007 hat das eidgenössische Parlament eine Revision der Spitalplanungs- und -finanzierungsbestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 beschlossen. Mit der Neuregelung sollten die seit dem Inkrafttreten des KVG im Jahre 1998 gemachten Erfahrungen in das Gesetz eingearbeitet werden. Neu ist die Aufteilung der Finanzierung zwischen den Versicherern und den Kantonen zu festen Prozentsätzen festgelegt. Zur Schaffung zusätzlicher Transparenz und als Anreiz zur Steigerung der Effizienz ist zudem eine leistungsbezogene Finanzierung mit Fallpauschalen vorgeschrieben. Schliesslich wird die Position der bisher nicht subventionierten Privatspitäler teilweise neu geregelt (vgl. Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Spitalfinanzierung] vom 15. September 2004, BBl 2004 5551). Die revidierten Bestimmungen sind seit dem 1. Januar 2009 in Kraft. Die leistungsbezogenen Fallpauschalen müssen bis am 31. Dezember 2011 eingeführt sein und die kantonalen Spitalplanungen müssen bis spätestens 1. Januar 2015 an die neuen Vorgaben angepasst werden. Das geänderte Bundesrecht bedingt tiefgreifende Änderungen des kantonalen Rechts, welche im vorliegenden Entwurf zu einem neuen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) umgesetzt werden.

Mit Beschluss vom 13. Juni 2008 hat die Bundesversammlung in der Folge auch eine Revision der Bestimmungen des KVG über die Pflegefinanzierung verabschiedet. Diese Revision tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Die notwendigen Anpassungen auf kantonaler Ebene wurden in einer neuen Gesetzesvorlage (Pflegegesetz, Vorlage 4693) umgesetzt, die bereits im Jahr 2009 in Vernehmlassung stand und vom Regierungsrat am 28. April 2010 zuhanden des Kantonsrates verabschiedet worden ist. Der Ausgestaltungsbedarf bei der



Planung und Finanzierung ist im Bereich der Spitalversorgung und der Pflegeversorgung unterschiedlich und bedingt in beiden Bereichen umfangreiche Neuregelungen. Vor diesem Hintergrund wurde davon abgesehen, den Spital- und den Pflegeversorgungsbereich weiterhin in einem gemeinsamen Erlass zu regeln, wie dies ursprünglich im Gesundheitsgesetz der Fall war. Die vorliegende Revision der Spitalfinanzierungsbestimmungen hat nun aber je nach Ausgestaltung unterschiedlich weit reichende Auswirkungen auf die definitive Ausgestaltung der Pflegefinanzierung. Weil mit dem SPFG das Verhältnis der Versorgungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden und die entsprechenden finanziellen Belastungen neu definiert werden sollen, stehen mit dem Erlass des SPFG in fraglichem Umfang auch die Finanzierungsbestimmungen im Pflegegesetz (Vorlage 4693) wieder zur Diskussion. Der Änderungsbedarf ist von der Regelung des künftigen Kostenteilers zwischen Kanton und Gemeinden im Spitalbereich abhängig. Im vorliegenden Gesetzesentwurf zur Spitalplanung und -finanzierung werden dazu zwei Varianten vorgeschlagen.

2. Heutige Spitalplanung und -finanzierung

Nach bisherigem Recht waren die Kantone bei der Ausgestaltung der Spitalplanung weitgehend frei. Aus dem KVG wurde im Wesentlichen einzig die Forderung nach einem den Bedarf der Kantonsbevölkerung deckenden, diesen aber nicht überschreitenden Angebot an Spitalbetten abgeleitet. Auf dieser Basis verabschiedete der Regierungsrat die Zürcher Spitalplanung und die Spitallisten 1998. Dabei entschied er sich für separate Listen je für Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und Spezialkrankenhäuser (Spitalliste) einerseits und psychiatrische Kliniken (Psychiatrieliste) andererseits, welche wiederum je in eine A-Liste und eine B-Liste unterteilt wurden.

2.1. Spital- und Psychiatrielisten A und B; Kostenteiler öffentliche Hand/Versicherer

Die Spitalliste A ist die eigentliche KVG-Spitalliste, welche die darin geführten Spitäler berechtigt, aber auch verpflichtet, Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Abteilung zu lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu behandeln. Die Kostenbeteiligung der Krankenversicherer ist dabei nach dem KVG auf maximal 50% der Betriebskosten ohne Anlagenutzungskosten beschränkt, soweit es sich um Beiträge an öffentliche oder öffentlich subventionierte Institutionen handelt, während die OKP bei auf der A-Liste



geführten Spitälern mit privater Rechtsträgerschaft ohne staatliche Subventionen für Grundversicherte sämtliche Betriebs- und Investitionskosten tragen muss.

Das KVG hat in seiner ursprünglichen Fassung die Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung nicht sauber vollzogen. Insbesondere hat es die Frage unbeantwortet gelassen, ob Zusatzversicherte in den Halbprivat- und Privatabteilungen auch einen anteiligen Anspruch aus der Grundversicherung und auf staatliche Beitragsleistungen haben.

Der Kanton Zürich hat diese Frage im Interesse der zusatzversicherten Prämienzahler über ein eigenes Konstrukt, die Spitalliste B, gelöst. Auf die B-Liste wurden alle Spitäler mit Halbprivat- und Privatabteilungen, das heisst alle A-Listenspitäler und sämtliche nicht subventionierten Privatklinken, aufgenommen. Dadurch wurden sie ermächtigt, auch bei Privatpatientinnen und -patienten einen Kostenanteil zulasten der Grundversicherung (OKP-Sockelbeitrag) abzurechnen, wie er bei einer Behandlung in der Allgemeinabteilung eines A-Listenspitals geschuldet wäre. Eine Beteiligungspflicht der öffentlichen Hand analog der A-Listenspitäler (Sockelbeitrag der öffentlichen Hand) wurde mit der B-Liste zwar nicht geschaffen, in der Folge dann aber vom Bundesgericht und anschliessend im Juni 2002, beschränkt auf die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler, durch ein dringliches Bundesgesetz statuiert. Als Folge dieser Entwicklung werden im Kanton Zürich heute die Kosten von Privatpatientinnen und -patienten in nur auf der B-Liste geführten Privatspitälern über den OKP-Sockelbeitrag und im übrigen Umfang vollumfänglich zulasten der Zusatzversicherung abgerechnet, während bei auf der A-Liste geführten öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern auch ein Sockelbeitrag der öffentlichen Hand geleistet wird. Diese Regelung wurde im Bundesparlament immer wieder hinterfragt und war mit ein Grund zur KVG-Revision vom Jahr 2007.

Auf der Spitalliste A werden heute rund 20 für Grundversicherte offenstehende und subventionierte Spitäler geführt. Diese Spitäler figurieren wie oben dargelegt alle auch auf der B-Liste, auf der zusätzlich auch die im Kanton Zürich gelegenen nichtsubventionierten Privatspitäler wie die Kliniken Hirslanden, Im Park, Pyramide und Lindberg geführt werden. Eine Sonderlösung wurde in der Spitalliste für den Rehabilitationsbereich getroffen. Anders als in der Akutsomatik wird hier das Leistungsangebot für Zürcher Patientinnen und Patienten zum überwiegenden Teil (rund 65%) durch ausserkantonale Trägerschaften mit Betriebsstandorten insbesondere im Kanton Aargau und in der Ostschweiz gedeckt. Diese Kliniken mussten zur Sicherung der Versorgung grundversicherter Patientinnen und Patien-



ten auf die Spitalliste A aufgenommen werden, soweit sie in nennenswertem Umfang Zürcher Patientinnen und Patienten behandelten. Nachdem die jeweiligen Standortkantone diesen Kliniken keine Staatsbeiträge gewähren und deshalb wie erwähnt die Versicherer bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG auch bei Grundversicherten für die Kosten vollumfänglich aufzukommen haben, muss auch der Kanton Zürich für seine bis zum 31. Dezember 2011 in den fraglichen Kliniken behandelten Patientinnen und Patienten unabhängig ob nur grund- oder auch zusatzversichert keine Beiträge leisten.

Die Psychiatrieliste A ist wie die Spitalliste A aufgebaut. Sie umfasst acht öffentliche und sechs öffentlich subventionierte Institutionen sowie auch zwei ohne Staatsbeiträge geführte Privatkliniken, die alle ebenfalls auf der B-Liste geführt werden. Ausschliesslich auf der B-Liste figuriert die Privatklinik Hohenegg.

2.2. Innerkantonale Versorgungsverantwortung und Kostenteiler Kanton/ Gemeinden

Mit den Spitallisten regelte das KVG von 1996 wie dargestellt die Kostenaufteilung zwischen öffentlicher Hand und Versicherern. Die Kostenaufteilung zwischen Kanton und Gemeinden blieb dagegen dem kantonalen Recht überlassen. Das KVG von 1996 hatte auf die im Gesetz über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 (Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962) festgeschriebene Teilung der Verantwortlichkeit zwischen Kanton und Gemeinden für die Spitalversorgung keine Auswirkungen. Von den oben beschriebenen A-Listenspitälern betreibt der Kanton gestützt auf Art. 39 Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 das Universitätsspital Zürich (USZ), das Kantonsspital Winterthur (KSW) sowie die vier psychiatrischen Kliniken Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW), Psychiatriezentrum Rheinau (PZR) und Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD). Die auf der A-Liste geführten Grundversorgungsspitäler werden dagegen mehrheitlich von den Gemeinden betrieben. Kanton und Gemeinden werden in ihrer Versorgungsaufgabe von subventionierten privaten Leistungserbringern wie dem Kinderspital, der Universitätsklinik Balgrist, den psychiatrischen Kliniken Sanatorium Kilchberg und Clenia Schlössli, dem Spital Zollikerberg und weiteren überregionalen und regionalen Spitälern unterstützt. In den kantonalen und überregionalen Betrieben trägt der Kanton das nach Abzug der Beiträge der Grund- und Zusatzversicherung und der Patientinnen und Patienten sowie von allfälligen Eigenleistungen der Spitalträger

verbleibende und um die Mehrkosten ineffizienter Strukturen bereinigte Betriebsdefizit bis zu 100% und finanziert auch die Investitionen bis zu 100% über Objektkredite im konkreten Einzelfall. Auch bei den kommunalen und regionalen Spitälern, die von den nach Spitalregionen eingeteilten Gemeinden geführt oder beauftragt werden, leistet der Kanton nach der Finanzkraft der Trägergemeinden abgestufte Kostenanteile an den Betrieb und die Investitionen.

3. Überblick über die Neuordnung der Spitalplanung und -finanzierung auf Stufe Bund

Die KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) zieht wie einleitend erwähnt eine tiefgreifende Umstellung des Spitalfinanzierungssystems nach sich. Zudem sind die Bestimmungen über die Spitalplanung und die Zulassung der Leistungserbringer teilweise geändert worden. Unverändert beibehalten wurde hingegen die Verpflichtung der Kantone zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalplanung. Von zentraler Bedeutung sind folgende Neuerungen:

- Die Spitalplanung muss leistungsorientiert erfolgen (Art. 58c lit. a rev. Verordnung über die Krankenversicherung, revKVV). Dabei sind Qualität und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen (Art. 39 Abs. 2^{ter} revKVG).
- Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird sich ab 2012 nicht mehr auf die auf der Liste des Wohnkantons figurierenden Spitäler beschränken, sondern sämtliche Listenspitäler aller Kantone umfassen (Art. 41 Abs. 1^{bis} revKVG). Die Kantone müssen ihre Planungen koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG).
- Die auf der Spitalliste geführten Spitäler werden ab 1. Januar 2012 für die stationäre Untersuchung und Behandlung von Patienten in der Regel mit leistungsbezogenen Fallpauschalen entschädigt (Art. 49 revKVG und Abs. 1 Übergangsbestimmungen revKVG). Mit diesen Pauschalen müssen neben den Betriebskosten neu auch die Investitionskosten abgegolten werden; d.h. die Investitionen müssen ab 2012 von den Spitälern grundsätzlich aus den laufenden Erträgen finanziert werden.
- Die Fallpauschalen werden von den Versicherern mit den Spitälern ausgehandelt (Art. 49 Abs. 1 revKVG und Art. 46 Abs. 1 KVG); von den vereinbarten Pauschalen muss der Kanton mindestens 55% und die obligatorische Krankenversicherung höchstens 45% übernehmen (Art. 49a Abs. 1 und 2 revKVG). Eine direkte Beteiligung des Kantons bei der Aushandlung der Pauschalen ist nicht vorgesehen. Es ob-

liegt ihm aber, die Tarife nachträglich auf „Wirtschaftlichkeit und Billigkeit“ zu prüfen bzw. zu genehmigen oder - falls kein Vertrag zustande kommt - den Tarif festzusetzen (Art. 46 und 47 KVG).

- Ab 2012 werden auch bisher nicht subventionierte Privatspitäler mit Spitallistenberechtigung für allgemeine Abteilungen mit den für alle A-Listen-Spitäler geltenden Fallpauschalen entschädigt (Art. 25 Abs. 2 lit. e revKVG und Abs. 4 Übergangsbestimmungen revKVG).
- Spitäler, die nicht auf die Spitalliste aufgenommen werden, können neu die Stellung eines Vertragsspitals erlangen (Art. 49a Abs. 4 revKVG). In dieser Position können die Spitäler den Versicherern auf vertraglicher Grundlage höchstens den gleichen Fallpauschalenanteil verrechnen, wie er einem Listenspital für eine analoge Behandlung auf der allgemeinen Abteilung geschuldet wäre; eine finanzielle Beteiligung des Kantons erfolgt in diesen Fällen nicht.

4. Anpassungsbedarf aufgrund des geänderten Bundesrechts und Handlungsspielraum

Die neuen bundesrechtlichen Vorgaben bedingen sowohl einen Systemwechsel bei der Spitalplanung als auch bei der Spitalfinanzierung, da das KVG für beide Bereiche einen leistungsorientierten Ansatz vorschreibt.

Bei der Planung hat der Bund entgegen seiner ursprünglichen Absicht in den Ausführungsverordnungen zum KVG viele Fragen offen gelassen. In der Detailausgestaltung haben die Kantone dadurch einen gewissen Handlungsspielraum. Eine Grundsatzdiskussion über Sinn und Zweck staatlicher Planung ist den Kantonen aber verwehrt, da der Bund mit seinen Rahmenbedingungen eine bedarfsgerechte Planung nach Massgabe von Wirtschaftlichkeit und Qualität zwingend vorschreibt. Die Kantone müssen daher:

- die Ziele der Spitalplanung umreissen,
- die Anforderungen an die Leistungserbringer bestimmen,
- die Grundzüge der Spitalliste und das Evaluationsverfahren für die Leistungserbringer festlegen,
- Massnahmen zur Sicherung der Versorgung vorsehen.



Bei der Spitalfinanzierung steht eine auf Art. 59d revKVV beruhende Abgeltung auf der Grundlage einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifsstruktur mit diagnosebezogenen Fallpauschalen in Vorbereitung. Diese Tarifstruktur baut auf dem in den Vereinigten Staaten von Amerika entwickelten DRG-System (diagnosis related groups) auf, bei dem medizinisch ähnliche Fälle zu kostenhomogenen Gruppen zusammengefasst und mit einer Pauschale entschädigt werden.

Als Folge davon sind die Leistungsaufträge und dementsprechend die Spitalplanung so weit möglich auf die DRG-Struktur abzustimmen. Wegen dieses Zusammenspiels von Planung und Finanzierung ist es sachgerecht, die Spitalplanung und -finanzierung in einem gemeinsamen Erlass zu regeln.

Sache des kantonalen Rechts ist es auch, den Kostenteiler zwischen Kanton und Gemeinden für die Beiträge der öffentlichen Hand an die Finanzierung der KVG-Fallpauschalen festzusetzen. Darüber hinaus stellt sich für die Kantone die Frage, ob und in wie weit sie die Listenspitäler mit in die verfassungsrechtlich vorgeschriebene Sicherstellung der Versorgung durch Vorschriften über die Gewinn- bzw. Ertragsverwendung miteinbeziehen wollen. Schliesslich ist die Frage zu klären, wie mit den bisher geleisteten Investitionsbeiträgen der öffentlichen Hand zu verfahren ist.

5. Chancen und Risiken

Der den Kantonen verbleibende Handlungsspielraum ist für diese eine grosse Herausforderung. Zu strenge Planungs- und Finanzierungsvorschriften werden von den Spitälern als innovationshemmend abgelehnt werden. Verzichtet der Staat aber auf lenkende Massnahmen überhaupt, kann dies einerseits unkontrollierbare Mengenausweitungen nach sich ziehen und den Spitälern andererseits die Möglichkeit geben, ihr Angebot auf lukrative Segmente zu beschränken, was zu einer Unterversorgung in weiten Bereichen führen könnte. Zudem bestünde die Gefahr, dass für die Versorgungsdeckung nicht erforderliche Leistungserbringer mitfinanziert werden müssen. Dabei wäre mit Mehrkosten von mehreren Dutzend Millionen Franken und der Anfechtung der offenen Regelungen durch die Krankenversicherer zu rechnen. Damit die Kosten einer neuen kantonalen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzgebung für die Steuer- und Prämienzahlerinnen und -zahler in tragbaren Grenzen bleiben, sind Regelungen gefordert, die Überangebote zwar nicht durch rein

planwirtschaftliche Eingriffe zurückbinden, jedoch aber durch differenzierte, die im Gesundheitswesen fehlenden Wettbewerbselemente (freie Preisbildung und fehlende Direktbelastung der Patienten) kompensierende Regulative steuern. Bei der Systemausmar-
chung gilt es eine Lösung zu finden, die den teilweise unterschiedlichen Interessen von Spitälern, Versicherern und Kantonen gerecht wird. Dabei soll dort, wo das Bundesrecht zu Wettbewerbsverzerrungen führt, Ausgleich geschaffen werden. Dies schafft einerseits für Marktteilnehmer vergleichbar lange Spiesse und belässt andererseits den erforderlichen Spielraum für innovative Lösungen im Wettbewerb. Damit sind die Spitäler gleichermassen gefordert, ihre Angebote patientengerecht, effizient und kostengünstig zu gestalten. Dies wiederum fördert eine optimale Strukturierung der Leistungen, günstigeres Bauen, flexible Reaktionen auf Marktveränderungen, schlankere Entscheidungsprozesse und ganz allgemein unternehmerisches Handeln der Spitäler.

6. Grundzüge der neuen Regelung

6.1 Versorgungsverantwortung

Die bisherige Aufteilung der Versorgungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden hat sich zusehends überlebt. Indem die Kantone von Bundesrechts wegen verpflichtet sind, den Spitälern spezifische Leistungsaufträge zu erteilen, haben die Gemeinden den Handlungsspielraum bei der Mitgestaltung der Leistungsaufträge weitgehend verloren. Verblieben ist ihnen die operative Führung. Zudem hat die hohe Mobilität der Zürcher Bevölkerung dazu geführt, dass die Patientinnen und Patienten vermehrt Spitäler ausserhalb ihres Spitalkreises aufsuchen. Dieser geänderten Situation trägt das SPFG Rechnung, indem die Versorgungsverantwortung neu auch für die Grundversorgung dem Kanton übertragen werden soll. Die Gemeinden sollen aber (ebenso wie private Anbieter) weiterhin Spitäler als Eigentümer betreiben können. Sie haben so immer noch alle Möglichkeiten, welche die operative Führung einer Unternehmung beinhaltet. Dazu gehören insbesondere die Festlegung der Organisationsstruktur, die Bestellung der Führungsorgane und die Gestaltung der Spitalgebäude.

6.2 Spitalplanung und Spitalliste

Zentrale Aufgabe des SPFG ist es, die Verpflichtung des Kantons zur Sicherstellung der stationären Spitalversorgung umzusetzen. Der Gesetzesentwurf sieht vor, die Vielfalt der medizinischen Angebote so zu bündeln, dass sie für Patientinnen und Patienten, zuwei-



sende Ärztinnen und Ärzte, Institutionen und Versicherer überblickbar bleiben. Um die zeitgerechte Notfallversorgung auf dem ganzen Kantonsgebiet sicherzustellen, werden weiterhin dezentrale Grundversorgungsangebote notwendig sein. Andererseits sollen aber seltene oder komplexe Leistungen, die eine aufwändige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten bedingen, sowie Leistungen, die ein universitäres Umfeld voraussetzen, konzentriert werden. Um dies zu ermöglichen, sieht das Gesetz den Zusammenzug medizinischer Leistungen zu ökonomisch und medizinisch zweckmässigen Leistungsgruppen und -paketen vor. Damit kann einer für die Patientinnen und Patienten undurchschaubaren Fragmentierung der Versorgungsstruktur entgegengewirkt werden. Gleichzeitig wird so eine einseitige Konzentration von Angeboten auf besonders lukrative Leistungen erschwert.

Die Grundvoraussetzungen für die Aufnahme eines Leistungserbringers in die Spitalliste werden vom KVG vorgegeben. Dieses schreibt vor, dass ein Spitalistenplatz nur an wirtschaftlich und mit hinreichender Qualität arbeitende Spitäler vergeben werden kann. Um diesen Nachweis erbringen zu können, müssen die Spitäler bezüglich Qualität und Kosten vermehrt Transparenz schaffen. Mehr Transparenz ist auch eine Voraussetzung für den Nachweis, dass die Spitäler keine Selektion ihrer Patientinnen und Patienten nach Versichertenstatus oder nach Risikogruppen vornehmen. Im Zeichen der langfristigen Qualitätssicherung bzw. Nachhaltigkeit wird sodann von den Listenspitälern gefordert, dass sie sich im Rahmen der Aus- und Weiterbildung des Spitalpersonals engagieren, die Nachbetreuung ihrer Patientinnen und Patienten sicherstellen wie zum Beispiel in Pflegeheimen und ihre Investitionsplanung auf die Sicherung der Versorgung der Bevölkerung ausrichten. Für die praktische Umsetzung der beschriebenen Planungsziele ist ein Verfahren zu schaffen, das die Auswahl der künftigen Listenspitäler nach rechtsgleichen, objektiv überprüfbaren Kriterien garantiert. Der Ansatz des SPFG ist, die Spitäler bei der Erteilung von Leistungsaufträgen nach Massgabe des dargelegten Anforderungskatalogs zu bewerten. Die Aufträge werden denjenigen Spitälern erteilt, welche die Anforderungen am besten erfüllen und mit denen die Planungsziele optimal umgesetzt werden können.

Das Resultat soll eine patientengerechte Spitalliste sein, die ein zweckmässiges, vergleichbares Angebot schafft und einen geregelten Wettbewerb unter den Anbietern ermöglicht.

6.3 Finanzierungsbestimmungen

Wie dargelegt, sieht das revidierte KVG vor, dass die Spitäler für ihre stationären Leistungen mit leistungsbezogenen Fallpauschalen entschädigt werden. Diese Pauschalen umfassen neu auch die Anlagenutzungskosten und werden zu mindestens 55 % vom Kanton und zu höchstens 45% von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen, wobei der Kanton den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil und somit den Verteilschlüssel zwischen der öffentlichen Hand und den Krankenversicherern jährlich festzulegen hat (Art. 49a Abs. 2 KVG). Die Höhe der Pauschalen wird von den Tarifpartnern, d.h. von den Spitälern und den Krankenversicherern, ausgehandelt und in Tarifverträgen vereinbart. Die Tarifverträge müssen von der Kantonsregierung (bzw. bei schweizweit gültigen Tarifverträgen vom Bundesrat) genehmigt werden. Dabei prüft die Behörde, ob die Tarifverträge mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG). Das SPFG nimmt diese Finanzierungsbestimmungen auf und konkretisiert sie wie folgt:

- Die Kompetenz zur Festlegung des Fallpauschalenanteils der öffentlichen Hand wird dem Regierungsrat zugewiesen.
- Der Fallpauschalenanteil der öffentlichen Hand wird bei allen Spitälern vollumfänglich vom Kanton getragen, wie dies im Rahmen der Vernehmlassung zur Revision des Zürcher Finanzausgleichs (Refa) als Modell 100/0 zur Diskussion gestellt und von vielen Vernehmlassungsteilnehmern vorsichtig begrüsst worden ist. Mit diesem Modell, bei dem im Gegenzug den Gemeinden der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand im Bereich der ambulanten und stationären Pflegeversorgung vollumfänglich übertragen wird, sollen die bestehenden Doppelspurigkeiten von Kanton und Gemeinden bei der Finanzierung und Steuerung der Spitäler und der Pflegeeinrichtungen weitgehend beseitigt werden. Die gesetzlich vorgegebene Beteiligung der Gemeinden an der Spitalversorgung belief sich im Jahr 2008 auf 265 Mio. Franken, diejenige des Kantons an der Pflegeversorgung auf 35 Mio. Franken. Die beim Wechsel auf das Modell 100/0 unter dem Strich resultierende Lastenverschiebung von den Gemeinden zum Kanton wird auch eine Verschiebung der Ressourcen und damit eine entsprechende Anpassung der Steuerfüsse des Kantons und der Gemeinden nach sich ziehen müssen.

Als Variante zum Modell 100/0 wird im Vernehmlassungsentwurf eine Alternative zur Diskussion gestellt, nach der die Gemeinden bei der Spitalfinanzierung zu einem

Viertel am öffentlichen Fallpauschalenanteil beteiligt bleiben, während der Kanton im Gegenzug einen Viertel des öffentlichen Finanzierungsanteils an den ambulanten und stationären Pflegeleistungen mitträgt (Modell 75/25). Bei dieser Verteilvariante wird das Verhältnis der bisherigen Gesamtbelastung des Kantons und der Gemeinden fortgeschrieben (Datengrundlage 2008). Sollte sich die Lastenverteilung im Laufe der Zeit aus demographischen oder anderen Gründen um mehr als fünf Prozentpunkte verschieben, werden die Beitragsschlüssel jeweils um den Faktor verändert, der erforderlich ist, um die ursprüngliche Lastenverteilung wieder herzustellen.

- Die bei der Prüfung und Genehmigung der Tarifverträge vom Regierungsrat zu berücksichtigenden Kriterien werden konkretisiert. Insbesondere wird festgelegt, dass die Prüfung der Effizienz und Preisgünstigkeit der Leistungserbringung über einen Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten erfolgt. Mit diesem Kostenbenchmarking kann auf vergleichsweise teuren Spitälern ein realistischer Effizienzsteigerungsdruck aufrecht erhalten werden. Für universitäre Spitäler wird die Möglichkeit eines Tarifizuschlags für begründete Mehrkosten offen gelassen.
- Wo kostendeckende Vergütungssysteme fehlen, sieht das SPFG eine subsidiäre Beitragsgewährung durch den Kanton vor. Zu denken ist dabei z.B. an universitäre Spitäler mit einer besonderen Patientenstruktur (z.B. Kinderspital), an Leistungen im Zusammenhang mit Lehre und Forschung, an bestimmte ambulante Leistungen, an Leistungen der Unfallversicherung, oder an Versuche mit neuen Versorgungsmodellen usw.
- Mehrerträge aus Zusatzleistungen, welche die Spitäler über die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinaus erbringen, werden zu 20 % in einen zentralen, zweckgebundenen Fonds geleitet. Die Fondsmittel sollen insbesondere dem Erhalt des Spitalversorgungssystems dienen, insbesondere zur Stützung von in ihrem Bestand gefährdeten, aber für die Versorgung unverzichtbaren Spitälern und für die Finanzierung von Stilllegungskosten bei einer Spitalschliessung.
- Im Bereich der Investitionsfinanzierung stellt das SPFG primär auf private Finanzierungen ab. Es lässt aber auch die Möglichkeit der Darlehensgewährung durch den Kanton offen. Aufgrund des unterschiedlichen Investitionsstandes der Spitäler bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist übergangsrechtlich vorgesehen, dass die bis 31. Dezember 2011 gewährten Staatsbeiträge an Investitionen zu ihrem Restbuchwert in rückzahlbare und verzinsliche Darlehen umgewandelt werden.



B. Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

§ 1. Zweck

Mit § 1 wird die in der Bundes- und Kantonsverfassung festgehaltene Verpflichtung des Staates zur Sicherstellung einer ausreichenden und wirtschaftlich tragbaren Gesundheitsversorgung in Spitälern umgesetzt. Die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten beansprucht grosse finanzielle Ressourcen. Bei der konkreten Ausgestaltung des Systems ist deshalb auf Nachhaltigkeit zu achten. Dieser Forderung wird mit dem SPFG Rechnung getragen, indem in § 1 eine langfristig finanzierbare Gesundheitsversorgung vorgeschrieben wird. Den Kantonen wird mit übergeordneten Versorgungs- und Planungsvorgaben insbesondere im Bereiche des KVG ein Mass an Systemsteuerung vorgeschrieben, das dem freien Wettbewerb Grenzen setzt. Wo aber die Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes Raum lässt, sollen wettbewerbliche Anreize gefördert und damit positive Impulse für ein vielfältiges und konkurrenzfähiges Leistungsangebot der Spitäler zu günstigen Preisen und hinreichender Qualität gesetzt werden.

§ 2. Begriffsdefinitionen

Zur leichteren Lesbarkeit des Gesetzes werden in § 2 häufig verwendete Begriffe erklärt und definiert. Bei den Spitälern gilt es klarzustellen, dass damit die Institution in ihrer Gesamtheit erfasst werden soll, damit alle Behandlungs- und Untersuchungsleistungen in die Abrechnungsberechtigung gegenüber den Sozialversicherern eingebunden sind. Unter die Spitäler fallen sodann (vgl. Art. 39 KVG) alle Einrichtungen nicht nur der somatischen Akutversorgung, sondern auch die Psychiatrischen Kliniken und die Rehabilitationsspitäler. Forschung und Lehre fallen dagegen nicht in den Leistungsbereich der obligatorischen Krankenversicherung, weshalb das KVG dazu keine begrifflichen Vorschriften kennt. Sie werden mit Beiträgen entschädigt, die vom Bund und den Kantonen über das Ressort Bildung gesprochen werden. Entsprechend leitet sich die Definition eines universitären Spitals aus dem Bildungsrecht ab: Als universitäre Spitäler gelten die vom Regierungsrat in § 6 der Verordnung über die Lehre und Forschung der Universität im Gesundheitsbereich bezeichneten Leistungserbringer. Der B-Listenstatus der Spitalliste 1998 wird vom revKVG in modifizierter Form als Vertragsspital weitergeführt (vgl. Art. 49a Abs. 4 revKVG). Neu sind es aber wie oben erwähnt nicht mehr die Kantone, welche die Kassensockelbeitragsberechti-



gung verleihen, sondern ist dieser Status zwischen Versicherern und Leistungserbringern auszuhandeln. Nebst den Listenspitälern und den Vertragsspitälern gibt es die Kategorie der Spitäler ohne KVG-Bezug. Es handelt sich dabei um Spitäler, die ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG ausschliesslich nach Privatrecht tätig sind. Bezüglich der Begriffe medizinische Leistungseinheit und Leistungsgruppen vgl. Ausführungen zu § 10.

§ 3. Versorgungsverantwortung

Wie einleitend unter A.6.1 ausgeführt, soll im SPFG die heute noch gemeinsame Verantwortung von Kanton und Gemeinden zur Sicherstellung der Spitalversorgung neu beim Kanton konzentriert werden. Dieser Systemwechsel wird in § 3 zum Ausdruck gebracht.

§ 4. Errichtung und Betrieb von Spitälern

Aus der Versorgungsverantwortung nach § 3 leitet sich für den Regelfall keine Verpflichtung des Kantons zum Betrieb eigener Spitäler ab. Der Kanton nimmt nach dem SPFG seine Versorgungsverantwortung durch eine zweckmässige Spitalplanung und deren sinnvolle Umsetzung über die Spitalliste wahr. Der Betrieb der Spitäler soll weiterhin Sache privater Trägerschaften, der Gemeinden oder des Kantons bleiben.

§ 5. Stationäre KVG-Pflichtleistungen, Planungsauftrag

Für die Planung wird in § 5 die Gesundheitsdirektion als zuständig erklärt. Die Spitalplanung umfasst die Bereiche Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten einschliesslich Rehabilitation und Sterbebegleitung. Neu wird festgehalten, dass die Spitalplanung periodisch überprüft werden soll. Der Gesetzesentwurf verzichtet aber darauf, die Planungsintervalle zeitlich festzulegen, da die sich verändernden Planungsparameter und der daraus resultierende Handlungsbedarf von zu vielen nicht voraussehbaren Faktoren mitbestimmt werden.

§ 6. Bedarfsermittlung

Der erste Schritt jeder Spitalplanung ist die Ermittlung der bisherigen Nachfrage und des zu sichernden Angebots. Der Bund gibt dazu in seiner KVV verschiedene Detailanweisungen, die in ihrem Zusammenhang aber schwer verständlich sind. In § 6 werden deshalb die einzelnen Planungsschritte in ihrem Zusammenspiel und zeitlichem Ablauf dargestellt.



§§ 7. und 8. Planungsziele und Anforderungen an die Leistungserbringer

Der Bund wäre gemäss Art. 39 revKVG verpflichtet, einheitliche Planungskriterien zur Steuerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität zu erlassen. Er hat dazu eine breite Vernehmlassung durchgeführt, vermochte aber daraus kein Konzept abzuleiten. In der KVV ist es deshalb im Ergebnis bei technischen Vorgaben zur Bedarfs- und Kostenermittlung und zur Leistungserfassung geblieben [vgl. Ausführungen zu § 6 sowie Art. 58a bis 58e revKVV und VO über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung vom 3. Juli 2002 (VKL)]. Mit dem Inkrafttreten der KVG-Revision sind die Kantone deshalb gefordert, die Planungsziele selbst zu definieren und der Forderung des KVG nach einem qualitativ ausreichenden, wirtschaftlich tragbaren und langfristig finanzierbaren Spitalangebot eigenständig nachzukommen. Dabei sollen sie einerseits Wettbewerb ermöglichen und andererseits den nach wie vor unverändert bestehenden Anspruch der grundversicherten Patientinnen und Patienten auf rechtsgleichen, raschen Zugang zu einer umfassenden Versorgung sicherstellen.

Eine patientengerechte Spitalplanung muss ein Angebot schaffen, das für die Bevölkerung einfach zugänglich ist. Diese Forderung bedingt für einen Kanton mit rund 1,3 Mio. Einwohnern die Beibehaltung eines Grundversorgungsangebots, welches eine zeitgerechte Notfallversorgung für jedermann sicherstellt. Seltene oder komplexe Leistungen, die eine aufwändige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern, müssen dagegen aus Qualitäts- oder Kostengründen konzentriert werden. Gleiches gilt für Leistungen, die in Zusammenhang mit einem Lehr- und Forschungsauftrag stehen. Allgemein sollen die medizinischen Angebote zu Planungseinheiten zusammengefasst werden, welche verwandte medizinische Fragenkomplexe umfassend abdecken und nur gesamthaft als Leistungsauftrag vergeben werden dürfen. Damit soll verhindert werden, dass die Spitäler ihre Angebote auf lukrative Eingriffe und Untersuchungen beschränken und schwierige und unattraktive Behandlungen nicht mehr durchführen. Wie bereits heute sollen dabei private Leistungserbringer angemessen einbezogen und die Planung mit anderen Kantonen koordiniert werden.

Bei der Festlegung der Anforderungen, die ein Spital erfüllen muss, um auf die Spitalliste aufgenommen zu werden, müssen die KVG-Bedingungen Wirtschaftlichkeit und Qualität konkretisiert werden. Das KVG wie der Entwurf des SPFG verlangen vor diesem Hintergrund von den an einem Spitalistenplatz interessierten Spitälern zunächst den Nachweis



der erforderlichen Infrastruktur für eine angemessene Patientenversorgung. Mit dem Spitalistenplatz ist die Verpflichtung verbunden, dass die direkt für die Patientenversorgung erforderliche Infrastruktur vom Leistungserbringer selbst betrieben wird. Die Vergabe der Leistungsaufträge ist von Bundesrechts wegen Sache der Kantone und nicht an die Leistungserbringer delegierbar; eine Splittung des Leistungsauftrags ist daher nur über eine Änderung der Spitalliste durch den Kanton möglich. Diese Regelung will verhindern, dass bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten in einem Spital die ärztlichen Verantwortlichkeiten durch mehrere Rechtsträger verwischt werden. Zudem besteht bei mehreren Rechtsträgern die Gefahr, dass bei Uneinigkeit wesentliche Infrastrukturteile der Behandlungskette entzogen werden, und in der Folge die Leistungserbringung in ganzen Versorgungsbereichen gefährdet ist. Im Interesse der Versorgungssicherheit wird von den Leistungserbringern zudem eine auf eine langfristige Erfüllung des Leistungsauftrags ausgerichtete Investitionsplanung und eine ausreichende Eigenkapitalausstattung verlangt. Die Leistungserbringer müssen auch bereit sein, die Gesundheitsdirektion über Verhandlungen mit weiteren Leistungsauftragsgebern zu informieren, soweit Bereiche mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich betroffen sind. Dabei sollen weitere Leistungsaufträge nicht verhindert werden; es ist aber sicherzustellen, dass die notwendigen Kapazitäten weiterhin in genügendem Ausmass für die Zürcher Bevölkerung zur Verfügung stehen. Weiter müssen sich die Spitäler über ein den bundesrechtlichen Vorgaben genügendes Qualitätssicherungskonzept ausweisen und sich bei der Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens engagieren. Sicherzustellen ist auch eine geordnete Übergabe von Patientinnen und Patienten nach Behandlungsabschluss im Spital an nachbetreuende Institutionen. Der Gesetzesentwurf verlangt deshalb von den Spitälern den Nachweis eines auf die entsprechenden Schnittstellen ausgerichteten Versorgungskonzepts. Das KVG verlangt von den Kantonen, dass sie eine Patientenselektion nach guten Risiken verhindern. Patienten aller Versicherungsklassen müssen von den Listenspitälern nach rechtsgleichen Kriterien aufgenommen und versorgt werden. Deshalb schreibt das KVG den Listenspitälern ausdrücklich eine allgemeine Aufnahmepflicht und Aufnahmebereitschaft vor. Sie müssen die erforderlichen Kapazitäten nicht nur für externe Zuweisungen durch Privatärzte und andere Spitäler, sondern auch für Direktaufnahmen von Patientinnen und Patienten vorhalten. Hinsichtlich der Kostenrechnung müssen die Listenspitäler eine klare Zuordnung und Abgrenzung der Leistungen nach Versicherungszweigen



und weiteren Dienstleistungen ermöglichen, damit die vom KVG vorgeschriebenen Kosten- und Preisvergleiche fachgerecht durchgeführt werden können.

Nachdem jedenfalls in der Anfangsphase der Neukonstitution der Spitalliste voraussichtlich nicht sämtliche für die Versorgung erforderlichen Leistungserbringer alle Anforderungen nach dieser Bestimmung restlos werden erfüllen können, sieht Absatz 2 Ausnahmemöglichkeiten vor, wobei mittels Ersatzabgaben zumindest wirtschaftlich für gleich lange Spieße zu sorgen sein wird.

§ 9. Zusätzliche Anforderungen an ausserkantonale Leistungserbringer

Der Kanton Zürich verfügt zwar über das grösste und umfassendste Spitalangebot der Schweiz. Im Bereich der Rehabilitation stützt er sich aber weitgehend auf ausserkantonale Angebote ab. Soweit diese Angebote auf der Spitalliste 2012 weiter berücksichtigt werden, wird der Kanton Zürich sich anteilig an den für diese Spitäler geltenden Pauschalabgeltungen beteiligen müssen. Die von den ausserkantonalen Leistungserbringern mit den Versicherern ausgehandelten und vom zuständigen Standortkanton zu genehmigenden Preise kommen auch für die Zürcher Patientinnen und Patienten zur Anwendung. Deshalb müssen sich ausserkantonale Leistungserbringer mit einem Zürcher Spitallistenplatz bereit erklären, für Zürcher Patientinnen und Patienten keine höheren Vergütungen zu vereinbaren, als sie vom Zürcher Benchmark für vergleichbare Leistungen vorgegeben werden.

§ 10. Gruppierungen medizinischer Leistungen

Die in den medizinischen Klassifikationssystemen in die Tausenden gehenden Untersuchungs- und Behandlungsleistungen sind zur Vorbereitung der Spitalliste nach den Planungszielen von § 7 so zu gruppieren, dass über die Verteilung der Leistungsaufträge die angestrebte Versorgungs- und Spitalstruktur erreicht werden kann. Nach der KVV sind Mindestfallzahlen für diejenigen Leistungsgruppen vorzuschreiben, in denen sich eine grössere Fallzahl positiv auf Qualität und Kosten auswirkt. Weitere Bedingungen und Auflagen werden je nach konkreter Ausgestaltung der Leistungsaufträge im Einzelfall festgelegt werden müssen.



§§ 11. bis 13. Evaluation der Listenspitäler, Spitalliste und weitere Spezifizierung der Leistungsaufträge

Es steht Leistungserbringern in der ganzen Schweiz offen, sich um einen Spitallistenplatz zu bewerben. Dem setzt allerdings insbesondere das Erfordernis der zeitgerechten Notfallversorgung Schranken und verschafft nahe gelegenen Institutionen einen Vorteil. Die Leistungsaufträge werden generell denjenigen Leistungserbringern erteilt, welche die beschriebenen Anforderungen am besten erfüllen, und mit denen die Planungsziele optimal umgesetzt werden können. Nach enger Auslegung des KVG dürften grundsätzlich nur so viele Leistungserbringer berücksichtigt werden, als zur Deckung des ermittelten Bedarfs nötig sind. Damit würde jedoch das Versorgungssystem zementiert, und neue Anbieter wären zum Vornherein ausgeschlossen. Um die Innovationsbereitschaft zu erhalten sowie eine qualitätssteigernde und kostensenkende Konkurrenz zu fördern, schafft der Gesetzesentwurf die Voraussetzungen, um über den eigentlichen Bedarf hinaus zeitlich befristete Leistungsaufträge erteilen zu können.

Das Evaluationsverfahren unter den Spitälern soll durch die Gesundheitsdirektion zuhanden des Regierungsrates durchgeführt werden. Dieser erlässt die Spitalliste, mit der den Leistungserbringern die Leistungsaufträge zugesprochen werden. Wie dargelegt, können Leistungsaufträge als solche von den Spitälern nicht auf andere Leistungserbringer übertragen werden. Möglich ist hingegen die Untervergabe von nicht am Patienten selbst erbrachten medizinischen Supportleistungen wie Laboruntersuchungen an Dritte.

Damit die Spitalliste lesbar bleibt, soll sie nur das Leistungsspektrum als solches und damit verbundene wesentliche Auflagen und Bedingungen aufzeigen. Detailvereinbarungen wie Modalitäten über Abgeltung, Qualität, Bereitstellung von Daten usw. sind von der Gesundheitsdirektion mit den Leistungserbringern in separaten Leistungsaufträgen zu regeln. So könnte bei der Spezifizierung der Abgeltungsmodalitäten beispielsweise vereinbart werden, dass Akontozahlungen geleistet werden, damit in der Übergangsphase zur Abgeltung mit Fallpauschalen die Liquidität der Spitäler sichergestellt werden kann. Kann die Gesundheitsdirektion mit den Spitälern keine Einigung erzielen, soll der Rechtsweg über eine Verfügung eröffnet werden.



§§ 14. und 15. Sanktionen und Entzug von Leistungsaufträgen

Die mit den Planungszielen angestrebte Versorgungsstruktur setzt voraus, dass die Listenspitäler die Leistungsaufträge regelkonform erfüllen und die für einen Spitallistenplatz geltenden Anforderungen dauernd einhalten. Verstossen sie dagegen, müssen im Interesse der Versorgungssicherheit Sanktionen ergriffen oder in schweren Fällen der Leistungsauftrag eingeschränkt oder entzogen werden können. Zudem muss der Leistungsauftrag auch dann entzogen werden können, wenn ein Spital unverschuldet Bedingungen und Auflagen nicht mehr erfüllen kann.

§ 16. Weitere Leistungen

Bereits das KVG sieht vor, dass Listenspitäler auch Leistungen für die Zusatzversicherung erbringen können. Dem soll mit § 16 Rechnung getragen werden. Eine sinnvolle Versorgungsstruktur verlangt zudem, dass KVG-Listenspitäler auch gewisse ambulante Leistungen sowie Leistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung anbieten. Zudem soll es ihnen möglich sein, ausserkantonale Patientinnen und Patienten zu versorgen.

§§ 17. bis 19. Stationäre Leistungen gemäss KVG

In § 17 wird im Interesse der besseren Lesbarkeit die bereits vom KVG vorgegebene Regelung festgehalten, dass die Spitäler für stationäre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Pauschalen entschädigt werden. Gemäss KVG sind dies in der Regel Fallpauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Sie werden von den Tarifpartnern, das heisst den Leistungserbringern und den Versicherern, periodisch verhandelt und in Tarifverträgen vereinbart. Bei der Genehmigung der Tarifverträge oder im Fall einer Nichteinigung zwischen den Tarifpartnern bei der Festsetzung der Tarife richtet sich der Regierungsrat nach den in § 18 aufgelisteten Kriterien, d.h. insbesondere der Sicherstellung einer nachhaltigen Leistungserbringung in hinreichender Qualität, der Effizienz und Kostengünstigkeit der Leistungen und der Verhinderung einer nicht gerechtfertigten Mengenausweitung. Für die Sicherstellung der notwendigen Qualität sowie zur Verhinderung nicht gerechtfertigter Mengenausweitungen haben die Tarifverträge geeignete Massnahmen vorzusehen. Für die Prüfung der Effizienz und Kostengünstigkeit der Leistungen stellt der Regierungsrat innerhalb verschiedener, unterschiedliche Tarifstrukturen aufweisender Spitalkategorien (akut-somatische Spitäler, Geburtshäuser, Rehabilitationskliniken, psychiatrische Kliniken) Fall-



kostenvergleiche an. Dabei wird pro Kategorie dasjenige Spital als Referenz bestimmt, in dem das 40. Perzentil aller Austritte erreicht wird, nachdem die Spitäler nach der Höhe ihrer schweregradbereinigten Fallkosten geordnet worden sind. Dies bedeutet, dass in der Praxis im Vergleich zum Referenzwert (Fallkostenbenchmark) in den Zürcher Spitälern mindestens 40% der stationären Behandlungen zu gleichen oder tieferen Fallkosten durchgeführt werden. Das Kostenniveau des Referenzspitals der jeweiligen Spitalkategorie bildet die Richtschnur für die Genehmigungsfähigkeit der Tarife. Richtschnur bedeutet, dass die vereinbarten Preise vom Benchmark abweichen dürfen, beispielsweise wenn dies mit besonderen Leistungen des Spitals oder der Versicherer wie zusätzlichen Datenauswertungen oder speziellen Zahlungskonditionen begründbar ist. Darüber hinaus sieht das SPFG bei universitären Spitälern generell die Möglichkeit der Anhebung des Referenzwertes um bis zu 20 Prozent vor. Grund für diese Sonderregelung ist der Umstand, dass bei den derzeit laufenden Vorbereitungen für die Umstellung der Tarifsysteme noch nicht feststeht, dass die Sonderleistungen der universitären Spitäler wie insbesondere ihre dauernde Aufnahmebereitschaft für die komplexesten und schwierigsten Fälle angemessen abgegolten werden. Auch wenn bei der bisherigen Festlegung der Staatsbeiträge an die Spitäler bereits ein dem neuen System weitgehend entsprechendes Benchmarksystem auf der Grundlage von DRGs zur Anwendung gelangt ist, wird das Jahr 2012 trotzdem eine grosse Herausforderung werden, da ab diesem Zeitpunkt den Spitälern neu auch die Investitionen über feste Fallpauschalanteile abgegolten werden und sie deshalb ihre gesamten Kalkulationen umstellen müssen.

Der Anteil der öffentlichen Hand an den Fallpauschalen wird jährlich vom Regierungsrat festgelegt (vgl. Ausführungen zu § 37). Er wird gemäss Abs. 3 vom Kanton getragen. Damit wird das Modell 100/0 umgesetzt, das im Rahmen der Reform des Zürcher Finanzausgleichs (Refa) im Jahr 2008 zur Diskussion gestellt und wie eingangs dargelegt von vielen Vernehmlassungsteilnehmern vorsichtig begrüsst worden ist. Das Modell sieht vor, dass der Anteil der öffentlichen Hand an den Kosten der Spitalversorgung ausschliesslich vom Kanton getragen wird, während im Gegenzug den Gemeinden die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflegeversorgung vollständig übertragen wird. Um dies umzusetzen, müssen in § 45 unter dem Titel „Änderung bisherigen Rechts“ entsprechende Anpassungen im Pflegegesetz erfolgen. Das Modell 100/0 wird im Jahr 2012 eine Lastenverschiebung von den Gemeinden zum Kanton im Umfang von rund 215 Mio. Franken auslösen.



Dies bedingt auch eine Verschiebung der Ressourcen und somit eine entsprechende gegenläufige Anpassung der Steuerfüsse von Kanton und Gemeinden (200 Mio. Franken entsprechen rund 5 Staatssteuerprozenten).

Die Lastenteilung zwischen dem Kanton und den Gemeinden kann ausgehend von den bisherigen Staatsbeitragssätzen in der Spital-, Pflegeheim- und Spitexfinanzierung unterschiedlich festgelegt werden. Ausser der konsequenten Trennung der kantonalen von der kommunalen Mitfinanzierung der verschiedenen Versorgungsbereiche mit dem Modell 100/0 kann auch eine Fortführung der gemeinsamen Finanzierung über alle Versorgungsbereiche hinweg statuiert werden, wie das in der Refa-Vernehmlassung von verschiedener Seite gefordert wurde. Dabei kann das Verhältnis der Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden praktisch beliebig festgesetzt werden. So wäre zum Beispiel denkbar, die Spital- und Pflegeversorgung gesamthaft als gemeinsame finanzielle Aufgabe von Kanton und Gemeinden zu betrachten und entsprechend die öffentlichen Finanzierungsanteile hälftig zu teilen. Bei der Festsetzung des Kostenteilers ist allerdings zu berücksichtigen, dass jede Veränderung der bisherigen finanziellen Belastung auch einen veränderten Ressourcenbedarf sowohl des Kantons wie auch der Gemeinden und damit die Notwendigkeit von Steuerfussanpassungen nach sich zieht. Aus diesem Grund wird als Variante zum Modell 100/0 ein Kostenteiler zwischen Kanton und Gemeinden vorgeschlagen, der am bisherigen Verhältnis der Lastenteilung festhält (Basis Rechnungsjahr 2008). Konkret tragen bei diesem Modell die Gemeinden die Beiträge der öffentlichen Hand an die Fallpauschalen der Spitäler zu einem Viertel mit, während sich umgekehrt der Kanton am öffentlichen Finanzierungsanteil in der Pflegeversorgung ebenfalls zu einem Viertel beteiligt (Modell 75/25). Damit bleiben die Gesamtbelastung und somit der Ressourcenbedarf des Kantons und der Gemeinden unverändert. Um eine spätere schleichende Veränderung des Lastenverhältnisses aufgrund unterschiedlicher Bedarfs- oder Kostenentwicklungen in der Spital- und der Pflegeversorgung zu verhindern, ist im Modell 75/25 eine Korrektur des Kostenteilers jeweils dann vorzunehmen, wenn die Veränderung bezogen auf das Referenzjahr 2008 die Schwelle von fünf Prozentpunkten übersteigt. Auf diese Weise wird das Risiko einer langfristig kaum prognostizierbaren Lastenverschiebung zwischen dem Kanton und den Gemeinden für beide Seiten eliminiert. Für die praktische Umsetzung dieses Modells ist vorgesehen, dass der Gemeindeanteil an der Spitalfinanzierung den Gemeinden nach Massgabe ihrer Einwohnerzahl quartalsweise in Rechnung gestellt wird.

§ 20. Weitere Versorgungsleistungen; Deckungslücken

Die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden wie dargelegt nach den Bestimmungen des KVG grundsätzlich zu 100% von der öffentlichen Hand und den Versichern gedeckt. In anderen Versicherungszweigen sollte der Finanzierungsanteil der Versicherer zwar 100% betragen, erreicht aber diesen Kostendeckungsgrad teilweise nicht. So liegt der durchschnittliche Deckungsgrad bei der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung (UV, IV, MV) bei rund 80%. Aber selbst im Bereich der KVG-Pflichtleistungen sind Fälle denkbar, wo die gesetzlich vorgegebenen festen Prozentanteile von Versicherern und Kanton keine Kostendeckung garantieren (vgl. § 20 Abs. 1 lit. b und c). Solche Deckungslücken können nach geltendem Recht über die Finanzierungsbestimmungen im Gesundheitsgesetz aufgefangen werden, welche letztlich immer noch auf eine Defizitdeckung ausgerichtet sind. Soweit in den verschiedenen Konstellationen von § 20 Abs. 1 keine Vollkostendeckung erreicht werden kann, sind die Deckungslücken in erster Linie im Rahmen der Gesamtrechnung des Spitals aufzufangen. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass die Spitalversorgung gesamthaft als öffentliche Aufgabe zu betrachten ist und zum grössten Teil über Krankenversicherungsprämien und Steuergelder von der Bevölkerung getragen wird. Soweit in diesem von der Öffentlichkeit getragenen System in Teilbereichen eines Spitals Ertragsüberschüsse entstehen, sind diese systemgerecht zur Kompensation von Unterdeckungen in anderen Bereichen heranzuziehen. Ist eine solcher Ausgleich nicht möglich, was insbesondere bei Leistungserbringern der Fall ist, deren Patientenstruktur wie z.B. beim Kinderspital keine Eigenfinanzierung über Zusatzversicherungserträge erlaubt, müssen die fehlenden Mittel durch den Staat zugesprochen werden, damit defizitäre, aber versorgungspolitisch sinnvolle Leistungen überhaupt noch erbracht werden. Diese Subventionen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, werden in Form von leistungsbezogenen Pauschalen und nur unter der Voraussetzung einer wirtschaftlichen Betriebsführung gewährt.

§ 21. Weitere Versorgungsleistungen; Stützungsfonds

Wie dargelegt, erbringen die Spitäler über die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinaus Zusatzleistungen, die von den Patientinnen und Patienten oder von deren Zusatzversicherungen gedeckt werden und bei den meisten Spitälern Ertragsüberschüsse ermöglichen, die weit über den zum Ausgleich allfälliger Unterdeckungen im Sinne von § 20 benötigten Mitteln liegen. Da diese Leistungen auf den Sockelleistungen



der Grundversicherung aufgebaut sind und in relevantem Umfang die Basisinfrastruktur des Spitals beanspruchen, ist es folgerichtig, bei Spitälern mit einem öffentlichen Leistungsauftrag einen Teil auch dieser Erträge zweckgebunden wiederum für den Erhalt des Gesamtsystems einzusetzen. Anstelle kaum praktikabler Gewinnbeteiligungsvorschriften sieht der Gesetzesentwurf die Zweckbindung eines Teils der Erträge aus Zusatzversicherungsleistungen vor. Die Ertragsanteile werden einem Stützungsfonds zugewiesen. Dieser dient gemäss Abs. 4 in erster Linie der Finanzierung von Stützungsmaßnahmen bei bestandesgefährdeten, unverzichtbaren Spitälern. Ausnahmsweise können auch Subventionen an systembedingte Unterdeckungen gemäss § 20 sowie zur Vorfinanzierung von Investitionen im Sinne von § 23 aus dem Fonds gewährt werden. Ein solcher Fonds ist vom KVG nicht vorgesehen, verletzt aber dessen Zielsetzungen nicht. Das KVG strebt letztlich eine Vollkostendeckung für OKP-Pflichtleistungen in einem effizienten betriebenen Spital an. Spitäler, deren Kosten unter dem Benchmark liegen, können in der Grundversicherung sogar bescheidene Gewinne erwirtschaften. Diese sollen im Sinne des vom KVG gewünschten limitierten Wettbewerbs vollumfänglich den Spitälern überlassen bleiben. Der Zusatzversicherungsbereich gehört grundsätzlich den Regeln der freien Marktwirtschaft überlassen. Indem auch unter dem SPFG die Listenspitäler Privatabteilungen für Zusatzversicherte betreiben dürfen und dabei weiterhin von einer vom Staat und der Sozialversicherung finanzierten Infrastruktur profitieren und über die staatlichen Leistungsaufträge auch darüber hinaus Vorteile erlangen (z.B. im Bereich der Kreditaufnahme bei privaten Geldgebern), ist die Vorgabe bezüglich der Verwendung gewisser Ertragsanteile systemgerecht. Zudem stellt sie gleich lange Spiesse im Verhältnis zu den Vertragsspitälern und Spitälern ohne KVG-Bezug her. Da die Quotenabschöpfung auf das Zusatzversicherungsgeschäft beschränkt bleibt, wird die für die Grundversicherung geltende Finanzierungsregelung (Art. 49a KVG) nicht verletzt.

Bei der Festlegung der dem Fonds zuzuweisenden Ertragsanteile wurde einerseits darauf geachtet, dass den leistungserbringenden Spitälern wirksame Anreize zum Erhalt eines konkurrenzfähigen Angebots für Privatpatienten verbleiben. Andererseits sollen die zweckgebundenen Fondsmittel einen Umfang aufweisen, der die in Abs. 4 vorgesehenen Massnahmen zur Stabilisierung des Gesamtsystems tatsächlich ermöglicht. Eine Zweckbindung von 20 Prozent der Erträge belässt den Spitälern erhebliche Mittel aus dem Zusatzversicherungsgeschäft. Welche Erträge den Spitälern tatsächlich jährlich zufließen und wie



hoch die Fondsmittel ausfallen, wird wesentlich von der Entwicklung der Privatpatientenzahlen abhängen und kann deshalb nicht genau vorausgesagt werden. Zudem hängt der Mittelzufluss in den Fonds auch davon ab, welchen Spitälern mit der Spitalliste 2012 Leistungsaufträge in welchem Umfang zugesprochen werden. Aufgrund der bisherigen Zusatzversicherungserträge der subventionierten Listenspitäler (Rechnungsjahr 2008) ist mit einem jährlichen Mittelzufluss in den Fonds von rund 75 Mio. Franken zu rechnen. Damit dürfte der vorgesehene Fondszweck erreicht werden können. Allerdings ist noch unsicher, wie sich der Bedarf der Spitäler nach Fondsgeldern nach dem Systemwechsel im Jahr 2012 entwickeln wird. Es ist auch denkbar, dass der Fonds längere Zeit nur wenig beansprucht wird. Um zu verhindern, dass der Fonds unbegrenzt anwächst, sieht Abs. 2 eine Absenkung der Abgabequote vor, wenn die Fondsmittel auf 500 Mio. Franken anwachsen. Die reduzierte Abgabequote wird solange beibehalten, bis der Fondsbestand wieder auf Fr. 400 Mio. abgesunken ist. Über die übergangsrechtliche Bestimmung von § 43 wird sichergestellt, dass der Fonds auf einen Erstbestand von Fr. 150 Mio. anwachsen kann, der Stützungsmaßnahmen im Sinne der Zweckbestimmung überhaupt zulässt.

Die den einzelnen Spitälern verbleibenden Erträge bzw. Ertragsüberschüsse wiederum sind für den Aufbau von spitalindividuellen Reserven im Umfang von 20% des über drei Jahre gerechneten durchschnittlichen Betriebsaufwands zu verwenden. Damit soll sichergestellt werden, dass die in das öffentliche Versorgungssystem eingebundenen Leistungserbringer eine minimale wirtschaftliche Stabilität aufweisen. Über weitere Ertragsüberschüsse können die Spitäler frei verfügen.

Für Spitäler, die nur einen kleineren Teil ihres Gesamtangebots im Rahmen von staatlichen Leistungsaufträgen erbringen, gilt gemäss Abs. 5 die Abgabeverpflichtung nur im Rahmen der staatlichen Leistungsaufträge.

§ 22. Forschung und universitäre Lehre

Das SPFG verweist im Bereich der Forschungs- und universitären Lehrleistungen auf die kantonale und eidgenössische Spezialgesetzgebung. Als Kosten der universitären Lehre gelten Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines Medizinalberufes nach dem Bundesgesetz über die Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms sowie die entsprechende Weiterbil-



dung bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Die Löhne der Assistenzärztinnen und -ärzte sind dagegen nach KVG Teil der Betriebskosten des Spitals und werden mit den Fallpauschalen abgegolten. Dasselbe gilt für Aufwendungen für die Aus- und Weiterbildung im Bereich der nichtuniversitären Berufe des Gesundheitswesens. Als Forschungskosten sodann gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklungen zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden (vgl. Art. 7 VKL). Die Leistungen der Spitäler im Bereich der Forschung und der universitären Lehre sind als Bildungsleistungen von der Universität und vom Bund separat abzugelten. Die entsprechenden Kosten dürfen auch nicht als weitere Versorgungsleistungen nach § 20 im Rahmen der konsolidierten Spitalrechnung kompensiert werden, weil Kernaufgaben des Bildungswesens nicht über das Gesundheitswesen finanziert werden sollen.

§ 23. Anlagenfinanzierung

Eine der wichtigsten Neuerungen der Spitalfinanzierungsbestimmungen des revidierten KVG liegt wie dargelegt darin, dass die Pauschalen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Gegensatz zur bisherigen Regelung auch die Kostenanteile der Anlagenutzung umfassen, d.h. die Abschreibung und Verzinsung der Investitionen. Daraus folgt grundsätzlich, dass die laufenden Erträge den Spitälern die Finanzierung der Investitionen ermöglichen müssen, und dass damit die Notwendigkeit der Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand entfällt. Das SPFG geht daher davon aus, dass die Spitäler ihre Anlagen grundsätzlich mit Eigenmitteln oder mit auf dem Finanzmarkt aufgenommenen Fremdmitteln beschaffen. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass für bestimmte Investitionen aufgrund von betriebswirtschaftlichen oder Risikoüberlegungen keine private Finanzierungslösung gefunden wird, obwohl das Investitionsvorhaben aus versorgungspolitischer Sicht sinnvoll oder notwendig ist. Soweit sich eine Anlagebeschaffung für die Erfüllung der Leistungsaufträge als notwendig erweist, sieht das SPFG daher vor, dass der Kanton ein Spital beim Abschluss einer privaten Finanzierungslösung mit Garantieleistungen unterstützen kann. Ist eine private Finanzierung selbst dann nicht möglich, kann der Kanton subsidiär Darlehen für die Beschaffung von Anlagen gewähren. Solche Darlehen sind keine objektbezogenen Staatsbeiträge im herkömmlichen Sinn, sondern wie Darlehen privater Geldgeber amortisierungspflichtig und verzinslich. Die Modalitäten werden zwischen dem Kanton und dem Darlehensnehmer vertraglich geregelt. Bei der Festsetzung



des Zinssatzes wird nach Abs. 4 auf die Konditionen des Finanzmarktes, die Selbstfinanzierungskosten des Kantons und die besonderen Umständen des Leistungserbringers abzustellen sein. Letzteres wird sich insbesondere am Grad der Versorgungsnotwendigkeit eines Spitals orientieren müssen. Je nach seiner finanziellen Situation zum Zeitpunkt der Darlehensgewährung und der wirtschaftlichen Entwicklungsprognose nach der Stützungsaktion wird der Zinssatz über oder unter den Ansätzen des Finanzmarktes, fix oder variabel, festgelegt werden müssen. Die Darlehen sollen grundpfandrechtlich oder in anderer Form angemessen gesichert werden. Ist dies nicht möglich, kann auch eine Beteiligung des Kantons an der Eigentümerschaft der Anlage verlangt werden.

§ 24. Hospitalisation in Listenspitälern anderer Kantone

Die Bestimmung entspricht dem bisherigen § 6 Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG). Nachdem mit dieser Vorlage ein eigenes Spitalfinanzierungsgesetz geschaffen wird, sollen darin alle Spitalversorgungsbestimmungen zusammengefasst werden.

§ 25. Platzmangel in Listenspitälern

Auch diese Bestimmung entspricht einer bisherigen Versorgungsregelung. § 59 Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 ermächtigt die Gesundheitsdirektion, bei Kapazitätsmangel in Listenspitälern die von den Versicherern nicht gedeckten Mehrkosten von Behandlungen in Nicht-Listenspitälern zu übernehmen. Auch diese Bestimmung muss erhalten bleiben, um in Notfällen notwendige Behandlungen in Spitälern zu ermöglichen, die auf keiner Spitalliste geführt sind.

§§ 26. und 27. Umwandlung von Kostenanteilen des Kantons und Umwandlung von Gemeindebeiträgen

Für die bis 1. Januar 2012 geleisteten und noch geschuldeten Investitionsbeiträge gelten grundsätzlich die Bestimmungen des Staatsbeitragsrechts. Danach werden Staatsbeiträge nicht generell abgeschrieben, sondern können nach der vom Verwaltungsgericht entwickelten Rechtsprechung weitgehend zurückgefordert werden, wenn der Empfänger den Spitalbetrieb einstellt oder nicht mehr im öffentlichen Interesse betreibt. Sollten heutige Listenspitäler nicht auf die neue Spitalliste 2012 übernommen werden können, wird diese Rückforderungsregel zur Anwendung gelangen. Für die übrigen Spitäler, muss das Rückforde-



rungsmodell an das neue Finanzierungssystem angepasst werden. Während im bisherigen System der Staat konkrete Bau- oder Beschaffungsvorhaben mitfinanzierte und damit an der Anlage Rechte erworben hat, leistet er seinen Beitrag nach KVG neu über einen festgelegten Fallpauschalenanteil (vgl. Bemerkungen zu § 23). Um zu vermeiden, dass vor 2012 vom Kanton geleistete Investitionsbeiträge über die Fallpauschalen ein zweites Mal finanziert werden, und um Spitälern mit unterschiedlichem Investitionsstand eine gleichwertige Ausgangslage zu schaffen, sollen die bisher geleisteten Staatsbeiträge zum Restbuchwert per 31. Dezember 2011 in zins- und amortisationspflichtige Darlehen umgewandelt werden. In diesem Umfang verliert der Staat seine Direktbeteiligung und wird er dem neuen System entsprechend zum Fremdfinanzierer analog einem privaten Geldgeber nach Obligationenrecht. Die Differenz zwischen Restbuchwert und dem Total der nach bisherigem Recht geleisteten Investitionsbeiträge soll dagegen als unverzinslicher Kostenanteil im Sinne der Staatsbeitragsgesetzgebung bestehen bleiben, damit der Staat bei einer Zweckentfremdung am effektiven Wert der Anlage anteilmässig beteiligt bleibt. Gesamthaft wird das Volumen der Restbuchwerte der Investitionen in den staatsbeitragsberechtigten Spitälern und damit die Summe der kantonalen Darlehen am 1. Januar 2012 bei rund 800 Mio. Franken liegen. Für die von den Gemeinden an Grundversorgungsspitäler geleisteten Beiträge gelten analoge Regelungen.

Eine besondere Situation besteht bei den kantonalen psychiatrischen Kliniken (unselbstständige Anstalten) sowie beim Universitätsspital und dem Kantonsspital Winterthur (selbstständige Anstalten). Bei diesen Spitälern liegt das Liegenschafteneigentum beim Kanton. Hier werden die Restbuchwerte nicht in Darlehen des Kantons an sich selbst umgewandelt, sondern als Grundlage für die gegenüber den Spitälern in Rechnung gestellten Anlagenutzungskosten verwendet.

§§ 28. bis 36

Das Gesetz über die Information und den Datenschutz (IDG) stellt an den Umgang öffentlicher Organe mit Informationen hohe Anforderungen und verlangt insbesondere, dass der Zweck der Bearbeitung von Personendaten, die zu bearbeitenden Daten, die Datenquellen, der Zugriff und die Datenbekanntgabe und -übermittlung in der Spezialgesetzgebung geregelt werden.



§ 37. KVG-Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand

Das revidierte KVG schreibt vor, dass die Fallpauschalen für die stationäre Patientenbehandlung zu mindestens 55 % vom Kanton und zu höchstens 45% von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden. Es obliegt dem Kanton, den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil und somit den Verteilschlüssel zwischen der öffentlichen Hand und den Krankenversicherern jährlich festzulegen (Art. 49a Abs. 2 KVG). Im SPFG wird die entsprechende Kompetenz dem Regierungsrat zugewiesen.

Sofern die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene am 31. Dezember 2011 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, könnte der Vergütungsanteil des Kantons erstmalig zwischen 45 % und 55 % festgelegt und innert fünf Jahren schrittweise auf 55 % erhöht werden. (vgl. KVG-Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007). Obschon der Kanton Zürich heute mit seiner Prämie noch geringfügig unter dem schweizerischen Mittel liegt, wird im Sinne einer vorsichtigen Kalkulation bei der Berechnung der finanziellen Auswirkungen vorsichtshalber von einer 55%-Beteiligung der öffentlichen Hand ausgegangen.

§ 38. Versorgungsnotstand

Nachdem auf die Spitalliste grundsätzlich nicht mehr Spitäler aufgenommen werden dürfen, als für die Bedarfsdeckung erforderlich sind, kann der Ausfall oder Ausstieg auch nur eines Leistungserbringers die Versorgung ernsthaft gefährden. Es muss dem für die Versorgungssicherheit verantwortlichen Kanton deshalb möglich sein, notwendige Stützungsmaßnahmen nach § 38 zu ergreifen. Sind solche Massnahmen notwendig, sind sie aber mit den notwendigen Bedingungen und Auflagen zu versehen, um sicherzustellen, dass die investierten staatlichen Mittel ihren Zweck auch tatsächlich erreichen.

§ 39. Sicherstellung der Aufnahmepflicht

Zur Gewährleistung der Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a revKVG wird in § 39 eine Stelle geschaffen, bei der sich Patientinnen und Patienten bei Aufnahmeverweigerung beschweren können.



§§ 40. und 41. Festlegung der Tarifstruktur

Die §§ 40 und 41 enthalten Eventualbestimmungen für den Fall, dass die im revidierten KVG vorgesehene gesamtschweizerische Tarifstruktur nicht rechtzeitig zur Verfügung steht oder dass in psychiatrischen und Rehabilitationskliniken die notwendigen Daten für einen verlässlichen Betriebskostenvergleich noch nicht vorhanden sind.

§ 42. Qualitätsvorgaben

Der Bund hat die gemäss Art. 58 KVG vorgesehenen Ausführungsbestimmungen zur Qualitätssicherung bisher nicht erlassen. Es muss deshalb eine Kompetenznorm für die Gesundheitsdirektion geschaffen werden, die diese ermächtigt, ersatzweise die notwendigen Qualitätsvorschriften zu erlassen.

§ 43. Auszahlungen zulasten des Fonds

Vgl. die diesbezüglichen Ausführungen in den Erläuterungen zu § 21.

§ 44. Auswirkungen auf die Gemeindesteuerfüsse

Wie erwähnt, bewirkt das Modell 100/0 eine Lastenverschiebung von den Gemeinden zum Kanton im Umfang von rund 215 Mio. Franken und bedingt eine Anpassung der Steuerfüsse von Kanton und Gemeinden bzw. macht eine solche möglich. Um dies in den Gemeinden transparent zu machen, errechnet der Kanton auf Basis des Vergleichsjahres 2008 die den Gemeinden entstehenden Entlastungen und teilt ihnen diese bis Ende 2011 mit. Die Gemeinden werden verpflichtet, bei der Beschlussfassung über den Voranschlag und die Festsetzung des Steuerfusses für das Jahr 2013 das Potential zur Senkung des Steuerfusses auszuweisen. Beim Modell 75/25 wäre diese Bestimmung ersatzlos zu streichen.

§ 45. Änderung bisherigen Rechts

1. Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007:

Das Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 regelt in den §§ 41 und 42 (in der Fassung gemäss Vorlage 4693 Pflegegesetz) die Zuständigkeiten von Regierungsrat und Gesundheitsdirektion bei der Festsetzung der Spitalliste sowie die Ermächtigung zur Datenerhebung in den Spitälern. In § 43 wird die Direktion weiter zum Erlass organisatorischer Vorschriften in den Bereichen Rechnungslegung, Leistungserfassung und Qualitätssicherung



ermächtigt. Da die genannten Bestimmungen im SPGF neu geregelt werden, sind sie im Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 aufzuheben. In § 64 Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 sodann wird heute noch festgehalten, welche Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 weiterhin Geltung haben. Dazu gehören, nachdem die ambulante und stationäre Pflegeversorgung ab 1. Januar 2011 neu im Pflegegesetz (Vorlage 4693) geregelt sein wird, lediglich noch Bestimmungen zur Spitalplanung und -finanzierung sowie zur Führung einer ärztlichen Privatapotheke (§ 17). Da die in der Volksabstimmung vom 30. November 2008 (Volksinitiative Wahlfreiheit beim Medikamentenbezug) beschlossene Aufhebung von § 17 noch nicht rechtskräftig ist, soll die bisherige Regelung materiell unverändert als neuer § 25a in das Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 überführt werden, da sie inhaltlich zu den im Gesundheitsgesetz geregelten Beraufsausübungsvorschriften zählt. Nachdem zudem die Spitalplanungs- und -finanzierungsbestimmungen im SPFG zu regeln sind, kann der Anhang zum Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 mit den noch verbliebenen Rumpfbestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 integral aufgehoben werden. Entsprechend ist auch § 64 Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 anzupassen.

2. Vorlage 4693 (Pflegegesetz):

Nach der mit der Vorlage 4693 auf den 1. Januar 2011 beantragten Pflegegesetzgebung beteiligt sich der Kanton in gewissem Umfang an den Gemeindebeiträgen an Pflegeheime und Spitex-Institutionen. Die Staatsbeiträge werden dabei nach der Finanzkraft der Gemeinden abgestuft. Falls der Anteil der öffentlichen Hand für Spitalbehandlungen von Zürcher Patientinnen und Patienten gemäss § 17 Abs. 3 SPFG vollumfänglich zu Lasten des Kantons gehen soll, müssen konsequenter Weise die Gemeinden im Gegenzug die Beitragsleistungen der öffentlichen Hand an die Pflegeheime und Spitex-Institutionen vollumfänglich übernehmen (Modell 100/0). Bei diesem Lösungsansatz sind die §§ 3, 9, 10, 13 und 15-17 Pflegegesetz anzupassen sowie die §§ 18 und 19 Pflegegesetz aufzuheben. Falls dagegen der Anteil der öffentlichen Hand weiterhin durch Kanton und Gemeinden gemeinsam getragen werden soll (Modell 75/25; Variante zu Abs. 3 von § 17), kann die der Vorlage 4693 vorgesehene Regelung grundsätzlich unverändert beibehalten bleiben. Auch im Sinne des Entwurfes für ein neues Finanzausgleichsgesetz (FAG; Vorlage 4582) wäre aber auf die Abstufung der Staatsbeiträge nach Finanzkraftindizes zu verzichten. Entspre-



chend sind §§ 10 und 15-19 Pflegegesetz anzupassen bzw. ist für alle Gemeinden ein einheitlicher Staatsbeitragssatz festzulegen.

3. Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1999 (EG KVG):
Vgl. Bemerkungen zu § 24.

4. Gesetz über das Universitätsspital Zürich vom 19. September 2005 (USZG) und Gesetz über das Kantonsspital Winterthur vom 19. September 2005 (KSWG):

Die Anstaltserlasse des Universitätsspitals und des Kantonsspitals Winterthur werden an die Terminologie des Gesetzes über Controlling und Revision vom 9. Januar 2006 (CRG) angepasst (Ersatz des Begriffs Globalbudget durch Leistungsgruppenbudget). Weiter wird für die Festlegung der medizinischen Leistungsaufträge auf das SPFG verwiesen, und die vom SPFG abgelösten Bestimmungen über den Abschluss von Leistungsvereinbarungen, über die vorrangige Behandlung von Zürcher Patientinnen und Patienten und über die Betriebs- und Investitionsfinanzierung werden aufgehoben. Bei den Liegenschaften wird klar gestellt, dass der Kanton nicht nur die Kapitalkosten, sondern die gesamten Anlagenutzungskosten in Rechnung stellt. Schliesslich werden vom Verbot der Fremdmittelaufnahme im Hinblick auf die künftige Anlagenfinanzierung (siehe oben § 23) die Mobilien ausgenommen.

5. Gesetz über das Gemeindewesen vom 6. Juni 1926 (Gemeindegesetz):

Nach heutigem Gemeinderecht führen Zweckverbände keinen eigenen Haushalt, sind also insbesondere nicht vermögensfähig. Sie verfügen über kein Eigenkapital und sind nicht in der Lage, Fremdmittel aufzunehmen. Das Eigentum an den Anlagen liegt nicht bei ihnen, sondern anteilmässig bei den Zweckverbandsgemeinden. In dieser Situation sind die Zweckverbände nicht in der Lage, die Beschaffung von Anlagen eigen- oder fremdzufinanzieren, d.h. es fehlt ihnen die grundlegende Voraussetzung für die Umsetzung der künftigen Investitionsfinanzierung über Fallpauschalenanteile. Aus diesem Grund soll das Gemeindegesetz mit einer neuen Bestimmung ergänzt werden, die für Spitalzweckverbände das Führen eines eigenen Haushalts nach den Vorschriften über den Gemeindehaushalt vorsieht.



C. Versorgungspolitische und finanzielle Würdigung

Die KVG-Revision mit der Einführung von Fallpauschalen auf den 1. Januar 2012 und der Vorgabe einer leistungsorientierten Spitalplanung ruft wie vorstehend ausgeführt nach differenzierten Anpassungen im kantonalen Recht. Sofern dieses nicht oder nicht rechtzeitig angepasst werden kann, würden auch unter dem neuen bundesrechtlichen Spitalplanungs- und -finanzierungsregime weiterhin die heute geltenden Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 über die Versorgungsverantwortung sowie die Steuerung und Finanzierung der Spitäler zur Anwendung gelangen. Dies bedeutete konkret, dass die Gemeinden weiterhin verpflichtet blieben, die Grundversorgungsspitäler zu errichten, zu betreiben und zu finanzieren. Der Kanton unterstützte sie dabei weiterhin mit finanzkraftabhängigen Staatsbeiträgen und hätte die Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung für die überregionale sowie die psychiatrische Spitalversorgung zu tragen. Die stationäre Spitalversorgungsstruktur beruhte (ohne Überarbeitung der Spitalplanung) weiterhin auf den heute gültigen Spitallisten A und B (siehe vorstehend, Ziffer 2.1). Schliesslich verbliebe den Gemeinden weiterhin die Verantwortung für die Pflegeversorgung (Pflegeheime, Spitex), wobei sie auch in diesem Bereich vom Kanton mit finanzkraftabhängigen Staatsbeiträgen zu unterstützen wären.

Unter den heutigen Bestimmungen wird die öffentliche Hand für die Spital- und Pflegeversorgung mit rund 1 405 Mio. Franken pro Jahr belastet. Davon entfallen mit rund 910 Mio. Franken fast zwei Drittel auf Beiträge an die Behandlungen in akutsomatischen Spitälern und Rehabilitationskliniken. Für die psychiatrische Versorgung werden Beiträge in Höhe von 240 Mio. Franken eingesetzt. Für die stationäre und ambulante Pflegeversorgung werden schliesslich 255 Mio. Franken aufgewendet; dieser Betrag für die Pflegeversorgung umfasst sowohl die öffentlichen Beiträge an die KVG-Pflichtleistungen als auch diejenigen an die hauswirtschaftlichen Leistungen. Der Finanzierungsanteil von Kanton und Gemeinden ist je nach Versorgungsbereich unterschiedlich. So übernimmt der Kanton bei der akutsomatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Versorgung rund 77% (Gemeinden 23%) der öffentlichen Aufwendungen, während die Gemeinden im Bereich der Pflegeversorgung gut 86% (Kanton 14%) der Beiträge der öffentlichen Hand tragen. Gesamthaft wendet der Kanton für die Gesundheitsversorgung somit rund 920 Mio. Franken auf, wäh-



rend die Gemeinden rund 485 Mio. Franken beisteuern (Datengrundlage Rechnungsjahr 2008, siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Beiträge der öffentlichen Hand an die Spital- und Pflegeversorgung 2008

<i>in Mio Fr.</i>	Akutsomatik u. Reha- bilitation	Psychiatrie	Spitäler gesamt	in %	Pflegeheime	Spitex*	Pflegeversorgung ge- samt	in %	Spital- und Pflege- versorgung	in %
Kanton	650	235	885	77.0%	10	25	35	13.7%	920	65.5%
Gemeinden	260	5	265	23.0%	160	60	220	86.3%	485	34.5%
öff. Hand	910	240	1150	100%	170	85	255	100%	1405	100%

* inklusive hauswirtschaftliche Leistungen

Mit der Einführung der geänderten KVG-Spitalplanungs- und -finanzierungsbestimmungen wird die öffentliche Hand neu auch die Behandlung von Zürcher Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Spitälern und Rehabilitationskliniken (freie Spitalwahl) mitfinanzieren müssen (unter dem für alle Spitäler geltenden Vorbehalt der Aufnahme auf die neue Spitalliste). Dies betrifft insbesondere die heute auf der Spitalliste A geführten, nicht subventionierten Rehabilitationskliniken mit ausserkantonalem Standort und führt voraussichtlich zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Hand von rund 100 Mio. Franken. Die Krankenversicherer werden im gleichen Umfang entlastet. Weiter wird die öffentliche Hand künftig ihren Fallpauschalenanteil für die stationäre Patientenbehandlung bei allen Spitälern leisten müssen, die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Dies kann auch private, heute nicht subventionierte Kliniken der Spitalliste B umfassen, mit entsprechender Mehrbelastung der öffentlichen Hand, wobei der Umfang dieser Mehrbelastung von der Ausgestaltung der Spitalliste abhängt. Ohne Überarbeitung der Spitalplanung und Neufestsetzung der Spitalliste ist davon auszugehen, dass sich die Mitfinanzierungspflicht der öffentlichen Hand auf sämtliche Spitäler der heutigen Spitallisten A erstreckt. Die Auswirkungen auf die Spitäler der im KVG selbst nicht vorgesehenen B-Liste sind juristisch noch nicht geklärt; je nach Auslegung könnte auch hier eine Mitfinanzierungspflicht entstehen. Dies führte zu



einer Mehrbelastung der öffentlichen Hand von bis zu 120 Mio. Franken, bei gleichzeitiger Entlastung der privaten Zusatzversicherer im gleichen Umfang.

Im weiteren wäre ohne Umsetzungsbestimmungen auf kantonaler Ebene damit zu rechnen, dass mangels Vorgaben von Mechanismen zur Kosteneindämmung bei der Tarifgenehmigung und zur Verankerung von Bestimmungen zur Verhinderung ungerechtfertigter Mengenausweitungen in den Tarifverträgen die Belastung der öffentlichen Hand zusätzlich anstiege. Zudem konnte die öffentliche Hand bisher im Rahmen ihrer Beitragsleistungen Ertragsüberschüsse der Spitäler aus Zusatzversicherungsleistungen zum Ausgleich von Deckungslücken von versorgungsnotwendigen oder versorgungspolitisch sinnvollen Leistungen nicht nur im direktbetroffenen Spital, sondern auch in anderen Spitälern einzusetzen. Letztere Möglichkeit entfällt ab 2012. Da sich die Versicherer neu über die Fallpauschalen an den Investitionskosten beteiligen, dürfte sich umgekehrt eine gewisse Entlastung der öffentlichen Hand ergeben. Diese Entlastung wird jedoch umso geringer ausfallen, je höher die zwischen den Versicherern und den Spitälern mit den Fallpauschalen vereinbarten Investitionskostenanteile sind. Ohne Mechanismen zur Kosteneindämmung und Mengengrenzung und aufgrund des Wegfalls der Ertragsüberschüsse aus Zusatzversicherungsleistungen müsste trotz der künftigen Beteiligung der Versicherer an den Investitionskosten mit einer weiteren Mehrbelastung der öffentlichen Hand im Umfang von bis zu 250 Mio. Franken gerechnet werden.

Gesamthaft betrachtet führte somit die Umsetzung der geänderten KVG-Spitalfinanzierungsvorschriften bei gleichzeitigem Verzicht auf die Anpassung des kantonalen Rechts zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Hand von bis zu 470 Mio. Franken, die nach dem bisherigen Verteilschlüssel von Kanton und Gemeinden zu tragen wäre. Im Gegenzug würden die Krankenversicherer entlastet und den Spitalträgerschaften würden hohe Gewinne ermöglicht.

Die mit dem SPFG vorgeschlagen Anpassungen haben zum Ziel, ein auf das Bundesrecht abgestimmtes, den kantonalen Bedürfnissen gerecht werdendes, für die Patientinnen und Patienten, die Leistungserbringer und die Öffentlichkeit transparentes und finanziell tragbares Spitalversorgungssystem zu schaffen. Sie haben ausgehend von der dargestellten Ausgangslage teilweise markante versorgungspolitische und finanzielle Auswirkungen:



- Mit den Planungsbestimmungen wird die Grundlage für eine bedarfsgerechte und KVG-konforme Spitalplanung gelegt. Damit wird nicht nur eine zweckmässige, auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ausgerichtete Spitallandschaft statuiert, sondern es wird insbesondere auch sicher gestellt, dass mit der Spitalliste nur diejenigen Leistungsaufträge erteilt werden, die für die Versorgung der Zürcher Bevölkerung und zum Erhalt eines effizienzfördernden Wettbewerbs erforderlich sind. Damit dürfte sich im Vergleich zur bereits dargestellten Situation, die sich bei einem Verzicht auf die Überarbeitung der Spitalplanung und Neufestsetzung der Spitalliste ergäbe, die Mehrbelastung der öffentlichen Hand je nach dem Ergebnis der derzeit laufenden Spitalplanung um einen Betrag in der Grössenordnung bis zu 50 Mio. Franken reduzieren.
- Mit dem im SPFG vorgesehenen Benchmarking-Modell wird ein Kostensenkungsdruck auf diejenigen Leistungserbringer ausgeübt, die überdurchschnittlich hohe Kosten aufweisen. Zusammen mit der weiteren Vorgabe des SPFG, dass in den Tarifverträgen auch Mechanismen zur Verhinderung einer ungerechtfertigten Ausweitung der Leistungsmengen vereinbart werden müssen, sollte die Mehrbelastung der öffentlichen Hand um bis zu 200 Mio. Franken gesenkt werden können.
- Das SPFG sieht explizit vor, dass versorgungsnotwendige oder versorgungspolitisch sinnvolle Versorgungsleistungen der Listenspitäler mit Standort im Kanton Zürich wie bisher subventioniert werden können, wenn die geltenden Vergütungssysteme die entsprechenden Kosten nicht zu decken vermögen. Die entsprechende Finanzierungslücke wird insbesondere aufgrund defizitärer, aber versorgungspolitisch sinnvoller ambulanter Angebote im Bereich der universitären und psychiatrischen Kliniken auf rund 125 Mio. Franken geschätzt. Die Subventionen werden jedoch nur gewährt, wenn die konsolidierte Rechnung des Spitals insgesamt einen Verlust aufweist, der nicht aus Reserven gedeckt werden kann. Das bedeutet, dass zumindest in den Spitälern mit hohem Zusatzversichertenanteil die Kosten solcher Versorgungsleistungen weiterhin durch die angefallenen Ertragsüberschüsse aus Zusatzversicherungsleistungen gedeckt werden können. Mit dieser Regelung können schätzungsweise Zusatzversicherungserträge in Höhe von rund 30 Mio. Franken dem Gesundheitssystem erhalten werden.
- Mit der Einführung der leistungsbezogenen Spitalfinanzierung werden die Investitionskosten der Spitäler im Rahmen der Fallpauschalen abgegolten. Damit entfällt die



Notwendigkeit für die Ausrichtung von objektbezogenen Staatsbeiträgen an Investitionen. Das SPFG sieht vor, dass die vom Kanton bis zum 31. Dezember 2011 geleisteten Kostenanteile an Investitionen zu ihrem Restbuchwert in verzinsliche und amortisierungspflichtige Darlehen zulasten der Eigentümer der Anlagen umgewandelt werden. Damit entfallen Abschreibungen und Zinsen im Umfang von rund 100 Mio. Franken pro Jahr, die bisher von der öffentlichen Hand für Investitionsbeiträge geleistet werden mussten.

Gesamthaft betrachtet ist somit (auf Basis der Daten des Rechnungsjahres 2008) davon auszugehen, dass eine Spitalplanung und -finanzierung nach den Lösungsvorschlägen des SPFG die geschätzte Mehrbelastung von rund 470 Mio. Franken auf bis zu 90 Mio. Franken reduziert. Für eine Prognose der finanziellen Auswirkungen im Jahr 2012 ist zusätzlich die zu erwartende Mengen- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen, die bei Realisierung der geplanten Kostensenkungsmassnahmen auf 2 % veranschlagt wird. Das ergibt von 2008 bis 2012 eine weitere Kostenzunahme von bis zu 105 Mio. Franken. In der Summe ist daher im Jahr 2012 gegenüber 2008 mit einer Mehrbelastung der öffentlichen Hand von bis zu 195 Mio. Franken zu rechnen bzw. von Aufwendungen der öffentlichen Hand für die akutsomatische, rehabilitative und psychiatrische Spitalversorgung von bis zu 1 345 Mio. Franken auszugehen. Der überwiegende Anteil dieses Betrags, nämlich 1 250 Mio. Franken, entfällt 2012 auf die Beiträge der öffentlichen Hand an die stationären Abgeltungen gemäss §§ 17 und 24 (vgl. Tabelle 2). Der Betrag von 1 250 Mio. Franken errechnet sich, indem in einem ersten Schritt die voraussichtliche Anzahl aller akutsomatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Behandlungen von Zürcher Patientinnen und Patienten im Jahr 2012 mit den für diese Behandlungen ab 2012 voraussichtlich geltenden Pauschaltarifen multipliziert wird und im zweiten Schritt der Anteil der Krankenversicherer von 45% abgezogen wird. Die verbleibende Differenz zu den 1 345 Mio. Franken (95 Mio. Franken) resultiert aus den Subventionen des Kantons an die Deckungslücken weiterer Versorgungsleistungen gemäss § 20, insbesondere für die universitären akutsomatischen Spitäler sowie die psychiatrischen Kliniken.

Die Verteilung der Spitalfinanzierungsbeiträge auf den Kanton und die Gemeinden muss in Verbindung mit den Aufwendungen der öffentlichen Hand für die Pflegeversorgung (Pflegeheime, Spitex) betrachtet werden, die für das Jahr 2012 auf rund 375 Mio. Franken geschätzt werden, was einer Zunahme gegenüber 2008 von 120 Mio. Franken entspricht.



Dieser Schätzwert 2012 für die Aufwendungen der Pflegeversorgung entspricht der bei der Vorbereitung des neuen Pflegegesetzes in Auftrag gegebenen Hochrechnung der Kosten für das Jahr 2011 aller Pflegeleistungen inkl. hauswirtschaftliche Leistungen zuzüglich der prognostizierten Kostenzunahme für ein weiteres Jahr. Somit ergibt sich als Ausgangswert für die Festlegung des ab 2012 geltenden Beitragsschlüssels zwischen Kanton und Gemeinden ein Gesamtaufwand der öffentlichen Hand für die Gesundheitsversorgung von rund 1 720 Mio. Franken pro Jahr.

Von den Beitragsleistungen der öffentlichen Hand für die Spital- und Pflegeversorgung trägt der Kanton heute wie dargestellt (vgl. Tabelle 1; Daten des Rechnungsjahres 2008) 65.5%, während die Gemeinden 34.5% beisteuern. Beim Modell 100/0 entfallen von der für das Jahr 2012 prognostizierten Gesamtbelastung der öffentlichen Hand für die Spital- und Pflegeversorgung von rund 1 720 Mio. Franken auf den Kanton für die Spitalversorgung 1 345 Mio. Franken und auf die Gemeinden für die Pflegeversorgung 375 Mio. Franken (vgl. nachstehende Tabelle 2).

Tabelle 2: Modell 100/0; Beiträge der öffentlichen Hand an die Spital- und Pflegeversorgung 2012

<i>in Mio. Fr.</i>	Spitalversorgung, Anteil Pauschaltarife	Spitalversorgung, Subventionen an zusätzl. Leistungen	Spitäler gesamt	in %	Pflegeversorgung gesamt	in %	Spital- und Pflegeversorgung	in %
Kanton	1250	95	1345	100%	0	0%	1345	78.2%
Gemeinden	0	0	0	0%	375	100%	375	21.8%
öff. Hand	1250	95	1345	100%	375	100%	1720	100%

Das alternative Modell 75/25 ermöglicht es, den relativen Finanzierungsanteil des Kantons und der Gemeinden des Jahres 2008 (65.5%/34.5%) über die ganze Gesundheitsversorgung hinweg auf das Jahr 2012 fortzuschreiben. Nachdem die Aufwendungen in der



akutsomatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Spitalversorgung im Vergleich zu denjenigen in der Pflegeversorgung deutlich höher sind, fallen die Verteilschlüssel in den Bereichen Spitalfinanzierung und Pflegefinanzierung vom Gesamtbelastungsschlüssel (65.5%/34.5%) abweichend aus: im komplementären Verhältnis 75%/25% (Spitalversorgung Kanton zu Gemeinden) bzw. 25%/75% (Pflegeversorgung Kanton zu Gemeinden). Zur Quotenbestimmung müssen die Subventionen für die vom Kanton allein zu tragenden weiteren Versorgungsleistungen für universitäre und psychiatrische Leistungen im Umfang von rund 95 Mio. Franken von den Totalaufwendungen von 1 720 Mio. Franken in Abzug gebracht werden. Teilt man die verbleibenden 1 625 Mio. Franken durch den Gesamtbelastungsschlüssel, resultiert ein Kantonsanteil von 75% im Akutbereich und 25% im Pflegeversorgungsbereich bzw. ergänzend dazu ein Gemeindeanteil von 25% im Akutbereich und 75% im Pflegeversorgungsbereich. Daraus resultieren im Jahr 2012 Belastungen für den Kanton von gesamthaft rund 1 130 Mio. Franken und für die Gemeinden von rund 590 Mio. Franken (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Modell 75/25; Beiträge der öffentlichen Hand an die Spital- und Pflegeversorgung 2012

<i>in Mio. Fr.</i>	Spitalversorgung, Anteil Pauschalrate		Spitalversorgung, Subventionen an zusätzl. Leistungen		Pflegeversorgung		Spital- und Pflegeversorgung	
		in %		in %	gesamt	in %		in %
Kanton	940	75%	95	1035	76.4%	95	1130	65.5%
Gemeinden	310	25%	0	310	23.6%	280	590	34.5%
öff. Hand	1250	100%	95	1345	100%	375	1720	100%

In dieses Rechnungsmodell sind die Mittel des Fonds nach § 21 nicht eingerechnet. Zahlungen aus dem Fonds sind gemäss § 42 erst zulässig, wenn der Fonds einen Mindestbestand von 150 Mio. Franken erreicht hat. Die Mittel des Fonds dienen zudem wie unter § 21 ausgeführt in erster Linie der Deckung der Verluste eines in seinem Bestand gefährdeten, für die Versorgung unverzichtbaren Spitals. In den Jahren 2012 und 2013 wird entspre-



chend die öffentliche Hand die oben genannten Beiträge von 1 720 Mio. Franken für die Spital- und Pflegeversorgung aus ordentlichen Budgetmitteln bestreiten müssen.

ID 923-2009, 7. Juli 2010 Bm/WD/SE/hc/McK/Mz