

Antrag des Regierungsrates vom 31. Januar 2018

KR-Nr. 416/2016

5431

**Beschluss des Kantonsrates
zum Postulat KR-Nr. 416/2016
betreffend Strukturelle Änderung im Gesundheits-
wesen ist überfällig**

(vom

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 31. Januar 2018,

beschliesst:

I. Das Postulat KR-Nr. 416/2016 betreffend Strukturelle Änderung im Gesundheitswesen ist überfällig wird als erledigt abgeschrieben.

II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 30. Januar 2017 folgendes von den Kantonsräten Jürg Trachsel, Richterswil, und Lorenz Schmid, Männedorf, am 19. Dezember 2016 eingereichte Postulat zur Bericht-erstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird eingeladen, dem Kantonsrat in einem Bericht darzulegen, mit welchen strukturellen Massnahmen er mittel- und längerfristig die explodierenden Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu kriegen gedenkt.

*Bericht des Regierungsrates:***1. Gesundheitskosten und kantonale Steuerungsmöglichkeiten**

Die Kosten im Gesundheitswesen der Schweiz sind in den letzten Jahren stetig angestiegen – sowohl nominal als auch pro Kopf: Während die Gesamtkosten 1995 37,8 Mrd. Franken betragen, schlugen sie 2015 mit 77,8 Mrd. Franken zu Buche; pro Kopf und Monat lagen die Ausgaben 1995 bei Fr. 444, 2015 bei Fr. 782. Diese Kosten setzen sich zusammen aus den Leistungen für stationäre und ambulante Behandlungen, Rehabilitationen, Langzeitpflege, unterstützenden Dienstleistungen (z. B. Laboranalysen, Transport und Rettung), Gesundheitsgüter (z. B. Medikamente, therapeutische Apparate), Prävention (von Impfprogrammen über Lebensmittelsicherheit bis zu Morbiditäts-Monitoring) und die Verwaltung (öffentliches Gesundheitswesen, Sozialversicherungen und Privatversicherungen). Finanziert werden sie – neben dem Staat und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) – durch weitere Sozialversicherer, Privatversicherer und «out of pocket»-Zahlungen der Privathaushalte.

Das Gesundheitswesen ist nicht nur «zersplittert» finanziert, es wird auch von verschiedensten Trägern beeinflusst. Der Kanton und für ihn der Regierungsrat können nur dort steuern, wo ihnen der Gesetzgeber Kompetenzen dazu einräumt. Der Kanton wird zwar in der Verfassung (vgl. Art. 113 Kantonsverfassung; LS 101) zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung verpflichtet, die Kostensteuerung für Leistungen, die ausserhalb der OKP oder die privat finanziert werden, ist ihm aber entzogen. Für Spitalplanung und -finanzierung sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Steuerung durch den Regierungsrat im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verankert. Im ambulanten Bereich beschränkt sich der Bundesgesetzgeber sodann auf die Ermächtigung der Kantone, die Zulassung neuer medizinischer Leistungserbringer von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Über das KVG hinaus ermächtigt § 46 des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 (LS 810.1) Kanton und Gemeinden zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen. Der vorliegende Bericht befasst sich bei dieser Rechtslage im Wesentlichen mit den Möglichkeiten des Regierungsrates, die stationären Gesundheitskosten – die im Blickpunkt der Postulanten stehen – mit den Mitteln der Spitalplanung und Spitalfinanzierung in einem für Prämien- und Steuerzahlerinnen und -zahler tragbaren Ausmass zu halten.

2. Entwicklung staatlicher Spitalplanungs- und -finanzierungsregelungen

Ursprünglich war das Gesundheitswesen eine weitgehend kantonale Angelegenheit. Im Bereich der stationären Versorgung, dem grössten Kostenblock des Gesundheitswesens, beschloss der Regierungsrat bereits 1947 eine erste Spitalplanung zur Sicherstellung und Verbesserung der damals knappen Versorgung. In der Folge wurden die Kapazitäten in den Spitälern laufend ausgebaut und die Behandlungsangebote infolge des medizinischen Fortschritts erweitert. Diese in der ganzen Schweiz stattfindende Entwicklung führte in den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts zu sprunghaften Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, worauf der Bundesgesetzgeber aktiv wurde und die Kantone mit dem KVG unter anderem zu einer bedarfsgerechten Spitalplanung verpflichtete, die sich am Krankenbettenbedarf der Bevölkerung zu orientieren hatte. Auf dieser Grundlage legte der Regierungsrat die Zürcher Spitalplanung und Spitalliste 1998 fest, was die Schliessung von rund zehn Regionalspitälern zur Folge hatte.

Im Bereich der Spitalfinanzierung wurden die Kantone durch das KVG in seiner damaligen Fassung noch nicht direkt zur Mitfinanzierung verpflichtet. Unmittelbar verpflichtet wurden lediglich die Versicherer: Bei den Listenspitalern war die Zahlungspflicht der Krankenversicherer im KVG auf höchstens 50% der anrechenbaren Betriebskosten beschränkt, wovon die Investitionskosten ausdrücklich ausgenommen waren. Die Finanzierung der ungedeckten Kosten blieb faktisch Sache der Kantone: Der Kanton Zürich und die Gemeinden übernahmen weiterhin gestützt auf das Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 die Finanzierung der Betriebsdefizite und der ungedeckten Investitionskosten, alles unter Anrechnung der von vielen Spitälern erzielten Gewinne in ertragsstarken Bereichen wie beispielsweise der Behandlung Zusatzversicherter.

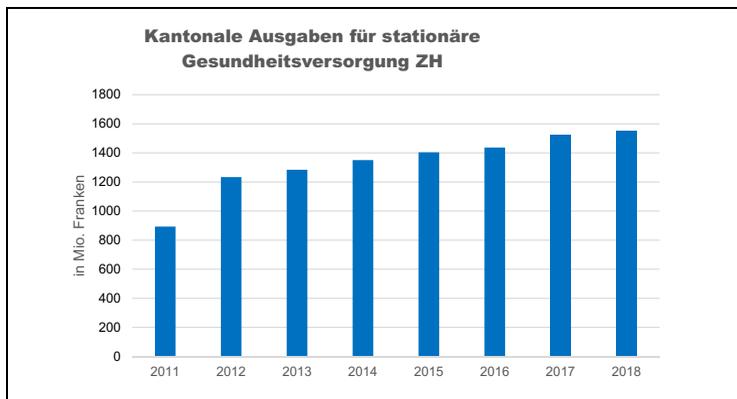
Bereits in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des KVG zeigte sich schweizweit, dass es die Erwartungen zur Dämpfung des Kostenanstiegs nicht erfüllte. Der Bund beschloss deshalb mit der Teilrevision vom 21. Dezember 2007 des KVG neue Bestimmungen zur Spitalfinanzierung und -planung (AS 2008, 2049). Das zentrale Element dieser bis heute geltenden Fassung bildet die Umstellung von der Defizitfinanzierung der Spitäler auf kostendeckende Fallpauschalen (einschliesslich Investitionskostenanteil) bei effizienter Leistungserbringung. Diese Pauschalen gehen zu höchstens 45% zulasten der Versicherer und zu mindestens 55% zulasten der Kantone. Bei der Spitalplanung wurde von der starren Bettenplanung Abstand genommen und die Kantone zum Erlass von am Leistungsbedarf ausgerichteten Spitallisten auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Mit der

Revision wurde zudem die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz eingeführt.

Diese KVG-Revision mit ihren Neuerungen machte den Erlass kantonalen Umsetzungsbestimmungen erforderlich: im Kanton Zürich das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 (SPFG, LS 813.20). Es folgt einem wettbewerbsorientierten, liberalen Ansatz, kennt keine Bewilligungspflicht mehr für Investitionen in Spitalbauten und medizinische Anlagen und verlangt vom Regierungsrat eine Tarifpolitik auf der Grundlage von Betriebsvergleichen unter Berücksichtigung einer inner- und ausserkantonalen Kosten- und Preisentwicklung. Im Weiteren führte das SPFG zu einer Entflechtung der Finanzströme im Zürcher Gesundheitswesen: Die Gemeinden sind seit 2012 aus der Mitfinanzierung der Listenspitäler entlassen und haben im Gegenzug für die Pflegefinanzierung aufzukommen.

3. Entwicklung der Spitalkosten im Kanton Zürich seit 2012

Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung auf den 1. Januar 2012 führte zu einer deutlichen finanziellen Mehrbelastung für den Kanton Zürich: Während die Leistungsgruppen Nrn. 6300, Somatische Gesundheitsversorgung und Rehabilitation, und 6400, Psychiatrische Versorgung, 2011 noch einen Saldo von 893 Mio. Franken auswiesen, liegt der budgetierte Wert für das Jahr 2018 bei 1550 Mio. Franken.



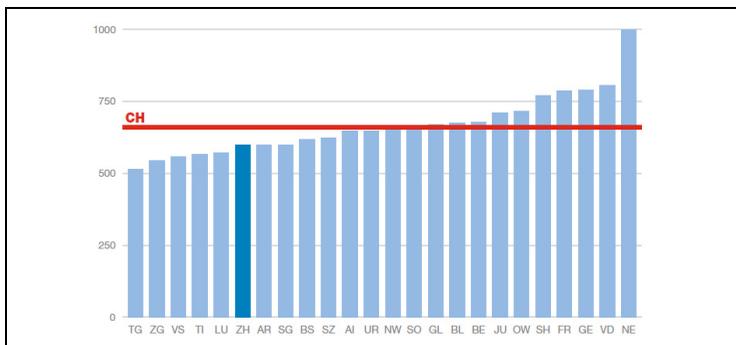
Quelle: KEF

Diese Steigerung ist im Wesentlichen auf folgende Faktoren zurückzuführen:

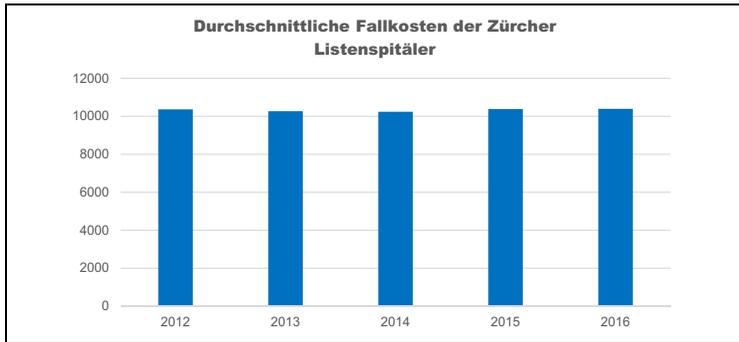
- Befreiung der Gemeinden von der Verpflichtung zur Mitfinanzierung der Listenspitäler
- Verpflichtung zur Mitfinanzierung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten in bisher nicht subventionierten Privatspitälern
- vom KVG vorgeschriebene Erhöhung des kantonalen Vergütungsanteils an den Fallpauschalen von 51% (2012) auf 55% (2017)
- Erhöhung der Fallzahlen der Zürcher Patientinnen und Patienten um 10% von rund 175 000 (2012) auf rund 193 000 (2016)

Auch wenn die absoluten Ausgaben des Kantons zur Finanzierung der Listenspitäler seit 2012 zugenommen haben, ist der Kanton Zürich im Vergleich zu anderen Kantonen gut positioniert. Zum einen liegen die Prämien der sozialen Krankenversicherung im Kanton Zürich leicht unter dem Schweizer Durchschnitt und weisen den tiefsten Wert aller urbanen Zentren bzw. Kantone mit Universitätsspitälern auf (Quelle: kantonale Durchschnittsprämien 2017/2018 der OKP, Bundesamt für Gesundheit). Zum anderen wird der Kanton Zürich durch die Kosten der stationären Gesundheitsversorgung weniger stark belastet als andere Kantone. Dies belegt eine Studie der BAK Basel Economics AG (BAK Basel; Evaluation der öffentlichen Kosten in ausgewählten Aufgabenfeldern, September 2015), wonach die Ausgaben für die Spitalversorgung im Kanton Zürich pro Einwohnerin und Einwohner mit jährlich Fr. 873 unter dem Schweizer Durchschnitt von Fr. 1026 liegen; das bedeutet, dass die Spalkosten im Kanton Zürich pro Einwohnerin und Einwohner rund 15% unterhalb des Schweizer Durchschnitts liegen.

Ausserdem weist der Kanton Zürich auch unterdurchschnittliche Kosten pro Hospitalisierungstag auf (vgl. Gesundheitsversorgungsbericht 2015, Kap. 1.4.3, S. 26):



Im Weiteren sind im Kanton Zürich die durchschnittlichen Kosten der akutsomatischen Listenspitäler pro Fall seit 2012 praktisch konstant:



Quelle: KOREK (Kostenreporting des Kantons) und PRISMA

Sie betragen 2012 Fr. 10 363 und 2016 Fr. 10 392. Auch die Hospitalisationsrate der Zürcher Bevölkerung ist im fraglichen Zeitraum bzw. seit 2012 im Wesentlichen unverändert geblieben (2012: 144 bzw. 2016: 145 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner).

Die Zunahme der kantonalen Ausgaben für die stationäre Gesundheitsversorgung ist auf die vorstehend dargelegten, nicht mit Spitalpolitik beeinflussbaren Faktoren zurückzuführen; so sind beispielsweise die steigenden Fallzahlen in erster Linie Folge des Wachstums der Zürcher Bevölkerung um jährlich 1,3%. Die seit 2012 praktisch konstanten Fallkosten und Hospitalisationsraten machen vielmehr deutlich, dass unter dem neuen SPFG und den vom Regierungsrat und der Gesundheitsdirektion darauf abgestützten Massnahmen im Kanton Zürich keine Kostenexplosion stattgefunden hat. Diese Massnahmen werden nachfolgend im Einzelnen dargestellt.

4. Massnahmen zur Kostendämpfung im kantonalen Zuständigkeitsbereich

4.1 Vom Kanton Zürich bereits ergriffene Massnahmen

Seit 2012 haben Regierungsrat und Gesundheitsdirektion gestützt auf das SPFG folgende kostendämpfenden Massnahmen getroffen:

– *Detaillierte Leistungsaufträge*

Die Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik baut auf medizinischen Leistungsgruppen auf. Dies ermöglicht präzise und transparente Leistungsaufträge zur Sicherstellung des Versorgungsbedarfs. Dieses System hat Vorbildcharakter und wurde schweizweit übernommen.

– *Leistungscontrolling*

Mit einer jährlichen Überprüfung der Behandlungen wird sichergestellt, dass sich die Spitäler an die Leistungsaufträge halten bzw. dass sie für ausserhalb des Leistungsauftrags liegende Behandlungen keine Vergütungen erhalten.

– *Spitalliste mit langer Gültigkeitsdauer*

Innerhalb eines Planungsintervalls von rund zehn Jahren werden grundsätzlich keine neuen Leistungserbringer auf die Spitalliste aufgenommen. Zusätzliche Leistungsaufträge werden zudem nur bei ausgewiesenem Bedarf vergeben.

– *Mindestfallzahlen*

Die Einführung von Mindestfallzahlen für ausgewählte Eingriffe pro Spital und pro Operateurin oder Operateur verbessert die Versorgungsqualität und senkt die Kosten durch Förderung einer effizienten Leistungsbringung.

– *Pilotprojekt «Medical Board»*

Die Lancierung des Pilotprojekts «Medical Board» zur Durchführung von Health Technology Assessments leistete einen gewichtigen Beitrag zur Sicherstellung der im KVG postulierten Vergütungskriterien «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» von medizinischen Leistungen und wurde von einer kantonalen zu einer anerkannten nationalen Institution.

– *Rechnungsprüfung*

Die Etablierung einer griffigen Kodierrevision verbunden mit einem Ausbau der Rechnungsprüfung führt zunehmend zu Rückweisungen von falsch fakturierten Rechnungen.

- *Benchmarking und Festlegung konstant günstiger Spitaltarife*
Die von der Gesundheitsdirektion jährlich durchgeführten Fallkostenvergleiche der akutsomatischen Listenspitäler schaffen Transparenz und ermöglichen die Festlegung des Kostenmassstabs für eine effiziente Leistungserbringung. Dank dieser Methodik hat der Kanton Zürich seit Jahren konstante und vergleichsweise tiefe Spitaltarife.
- *«ambulant vor stationär»*
Die mit einer Änderung im SPFG (neuer § 19a) vom 12. Juni 2017 möglich gemachte Auflage an die Spitäler, ausgewählte Eingriffe grundsätzlich ambulant statt stationär durchzuführen, führt zu einer Vermeidung von unnötigen Spitalaufenthalten. Mit der gezielten Förderung von Behandlungen, die sich aus medizinischer Sicht ohne Nachteile ambulant statt stationär durchführen lassen, leistet der Kanton Zürich einen wichtigen Beitrag zur Kostendämpfung.
- *Zurückhaltende Subventionspraxis*
Der Kanton Zürich richtet im Vergleich unter den Schweizer Universitätskantonen nur zurückhaltend, nach klar definierten Vergabekriterien und für konkrete Leistungen Subventionen an die Spitäler aus.

4.2 Von Kantonsrat oder Volk verworfene Massnahmen

Folgende vom Regierungsrat beantragte Massnahmen wurden vom Kantonsrat oder in der Volksabstimmung abgelehnt:

- *Abgabe für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten*
Der Regierungsrat beantragte dem Kantonsrat am 6. Juli 2016 eine Änderung des SPFG, wonach die Listenspitäler eine Abgabe auf ihren Erträgen (pro Betriebsstandort im Kanton) aus Zusatzleistungen für stationär behandelte Patientinnen und Patienten hätten leisten müssen (Vorlage 5301). Mit Beschluss vom 10. April 2017 lehnte der Kantonsrat die Vorlage ab.
- *Zusätzliche Beiträge für Massnahmen der Gesundheitsförderung und -prävention*
Mehr Geld für die Gesundheitsförderung und -prävention bedeutet substanziiell weniger Kosten in der Akutversorgung, insbesondere bei der Bekämpfung von chronischen Erkrankungen. Der Kantonsrat kürzte indessen das Budget der Leistungsgruppe Nr. 6200, Prävention und Gesundheitsförderung, für die Jahre 2017 und 2018.

– *Umwandlung des KSW und der ipw in Aktiengesellschaften*

Mit der Umwandlung des Kantonsspitals Winterthur (KSW) und der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw) in Aktiengesellschaften beabsichtigten Regierungsrat und Kantonsrat, die beiden Spitäler im Wettbewerb besser zu positionieren. Die Vorlage wurde in der Volksabstimmung vom 21. Mai 2017 verworfen.

4.3 Wirkung

Mit der Spitalliste 2012 Akutsomatik wurde die vom KVG verlangte Umstellung auf eine leistungsorientierte Spitalplanung und -finanzierung im Kanton Zürich konsequent und mit Vorbildcharakter für die ganze Schweiz umgesetzt. Gesundheitsdirektion und Regierungsrat haben die neue Systematik in den Folgejahren mit den vorstehend dargelegten Massnahmen weiterentwickelt und damit die staatlichen Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochstehende Versorgung der Zürcher Bevölkerung zu günstigen Preisen laufend verbessert. Die im Auftrag der Gesundheitsdirektion jährlich von einem Umfragespezialisten durchgeführte Bevölkerungsbefragung bescheinigt die konstant grosse Zufriedenheit der Kantonsbevölkerung mit ihrer Gesundheitsversorgung.

4.4 Aussensicht

Zur Optimierung ihrer Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen stehen Gesundheitsdirektion und Regierungsrat immer wieder auch mit Expertinnen und Experten ausserhalb der Verwaltung in Kontakt.

4.4.1 Expertenberichte 2015/2016

Im Juli 2015 beschloss der Regierungsrat die Überprüfung zentraler Leistungsgruppen mit den grössten absoluten Mehrbelastungen der letzten Jahre, darunter die folgenden drei Leistungsgruppen der Gesundheitsdirektion: Nr. 6300, Somatische Akutversorgung und Rehabilitation, Nr. 6400, Psychiatrische Versorgung, und Nr. 6700, Beiträge an Krankenkassenprämien. In diesem Prozess mit der Bezeichnung «Lü16» beauftragte die Gesundheitsdirektion verschiedene Beraterinnen und Berater mit der Überprüfung möglichen Sparpotenzials in den fraglichen Leistungsgruppen. Zu den Experten gehörten BAK Basel, KPMG AG und Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG. Diese Experten kamen zum Schluss, dass die Gesundheitsdirek-

tion im Hinblick auf Sparpotenziale die massgeblichen Handlungsmöglichkeiten ausschöpft hat und darüber hinaus, jedenfalls bis auf Weiteres kein Spielraum für zusätzliche Einsparungen besteht.

4.4.2 Expertenbericht ZHAW vom November 2017

Im Interesse eines ausgewogenen Postulatsberichts hat die Gesundheitsdirektion bei der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) im Frühjahr 2017 eine Studie in Auftrag gegeben, um die Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Gesundheitskosten aus dem Blickwinkel des Kantons Zürich und insbesondere des kantonalen Finanzhaushaltes systematisch darstellen und bewerten zu lassen. Die Studie («Sparpotenziale im Gesundheitswesen, Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürich») wurde vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), das Teil der ZHAW ist, erstellt. Sie datiert vom November 2017 und ist öffentlich zugänglich (www.gd.zh.ch/kostendaempfung).

Einleitend benennt das WIG die wichtigsten Kostentreiber im Gesundheitswesen: zunehmender Wohlstand, technischer Fortschritt, Alterung der Bevölkerung und Bevölkerungswachstum. Angesichts dieser Faktoren ist für die Autoren der Studie kein Ende des Kostenwachstums absehbar. Das WIG kommt zum Schluss, dass der Kanton Zürich bezüglich Kosten, Transparenz und Regulierung der Finanzierung im stationären Bereich im gesamtschweizerischen Vergleich gut dasteht und in den letzten Jahren bereits zahlreiche Massnahmen ergriffen hat, um die Gesundheitskosten wirkungsvoll zu dämpfen.

Die Studie empfiehlt dem Kanton Zürich aber, folgende fünf Massnahmen mit Potenzial zur Kostendämpfung gezielt zu prüfen:

1. Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung
2. Lockerung oder Aufhebung von kostensteigernden Vorschriften
3. Steuerung der stationären Kapazitäten durch Reduktion der Anzahl Spitäler im Rahmen der Spitalplanung
4. Kantonales Globalbudget für alle Listenspitäler
5. Reduktion der Prämienverbilligungen auf 70% des Bundesbeitrags.

Dazu ergibt sich Folgendes:

1. Mit seiner Empfehlung 1 («ambulant vor stationär») bestätigt das WIG den vom Kanton Zürich in den letzten Jahren eingeschlagenen Weg: Der am 12. Juni 2017 vom Kantonsrat beschlossene neue § 19a SPFG hat die rechtliche Grundlage zur erfolgreichen Umsetzung der Massnahme geschaffen. Gestützt auf diese Bestimmung beschloss die Gesundheitsdirektion auf den 1. Januar 2018 eine Liste von grundsätzlich ambulant durchzuführenden Behandlungen und Untersuchungen (www.gd.zh.ch/ambulantstationaer). Die Liste ist mit derjenigen des Kantons Luzern identisch und auf die noch provisorische Liste des Bundesamts für Gesundheit abgestimmt. Der Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat am 18. Januar 2018 den Kantonen die integrale Übernahme der Liste empfohlen, wie das in den Kantonen Zug, Wallis, Schaffhausen und Aargau bereits erfolgt ist.
2. Zu Empfehlung 2 (Lockerung oder Aufhebung von kostentreibenden Vorschriften) stellt das WIG fest, dass im Kanton Zürich in den Bereichen Infrastruktur (Bau Normen allgemein, Brandschutz, Denkmalschutz) und Arbeitsrecht kostentreibende Vorschriften bestehen. Von einer Lockerung oder Aufhebung solcher Vorschriften verspricht sich das WIG tiefere Personal-, Unterhalts- und Anlagenutzungskosten und dadurch tiefere Behandlungskosten, was eine Senkung der Spitaltarife mit sich bringen müsste. Ein solches Projekt hat die Baudirektion zusammen mit der Gesundheitsdirektion im Rahmen von Lü16 bereits ausgelöst (RRB Nr. 236/2016). Das Projekt liegt in der Federführung der Baudirektion und ist noch nicht abgeschlossen.
3. Als weitere Massnahme empfiehlt das WIG die Steuerung der stationären Kapazitäten durch eine geringere Anzahl Spitäler auf der Spitalliste (Empfehlung 3). Dadurch könne eine angebotsinduzierte Nachfrage eingeschränkt und die Anzahl Spitalbehandlungen gesenkt werden.

Die Spitalplanung erfolgt im Kanton Zürich nach den Vorgaben des KVG leistungsorientiert und nicht kapazitätsorientiert. Die Leistungsaufträge bzw. Spitalistenplätze werden gestützt auf eine Bedarfserhebung und -prognose nach den Kriterien Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit erteilt. Bedarfsbemessungen werden im Rahmen der Planungsintervalle rund alle zehn Jahre durchgeführt. Für die Spitallistenrevision 2022, welche die Spitalliste 2012 Akutsomatik ablösen soll, steht eine entsprechende Erhebung derzeit in Vorbereitung. Die entsprechende Evaluation wird dann zumal unter den sich für die Spitalistenplätze bewerbenden Spitälern vorgenommen werden.

4. Die Einführung eines kantonalen Globalbudgets für Listenspitäler (Empfehlung 4) erlaubte es dem Kanton, den Spitälern gestützt auf Art. 51 KVG einen Höchstbetrag für die Entschädigung von oder eine Höchstmenge an stationären Leistungen pro Jahr aufzuerlegen. Zusätzliche Behandlungen würden nicht oder nur noch reduziert entschädigt werden. Der Regierungsrat hat bisher auf die Einführung von Globalbudgets verzichtet, nachdem andere Kantone mit ebenfalls hochspezialisierten Versorgungseinrichtungen wie Genf und Waadt mit Globalbudgets arbeiten und weit höhere Spalkosten als Zürich aufweisen. Die Wirksamkeit von Globalbudgets wird derzeit auf Empfehlung des Berichts der vom Bundesrat eingesetzten Expertengruppe auf Bundesebene diskutiert. Es gilt die Ergebnisse abzuwarten (vgl. Ziff. 5; www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/news-25-10-20171.html).
5. Die Senkung der Prämienverbilligung (Empfehlung 5) ist sodann keine strukturelle Änderung im Sinne des Postulats, sondern eine reine Sparmassnahme, die zur Verbesserung des kantonalen Finanzhaushaltes beitragen kann. Eine Senkung des Kantonsbeitrags unter die heute geltende Grenze von 80% des Bundesbeitrags setzt eine Gesetzesänderung voraus, die Teil einer sich derzeit im Kantonsrat in Beratung befindlichen Vorlage ist (Vorlage 5313b).

Weitere Massnahmen wurden in der Studie vom WIG untersucht, aufgrund einer Beurteilung nach den Kriterien «rechtliche Realisierbarkeit», «zeitliche Realisierbarkeit», «Komplexität», «Sparpotential» und «Nebenwirkungen» aber nicht zur Weiterverfolgung durch den Kanton Zürich empfohlen.

5. Massnahmen zur Kostendämpfung im Zuständigkeitsbereich des Bundes

Die steigenden Kosten für das Gesundheitswesen beschäftigen auch den Bund. So hat der Bundesrat im Herbst 2017 beispielsweise eine Änderung der Tarifstruktur TARMED beschlossen, die schweizweit Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe bewirken soll. Bereits Ende 2016 hat er zudem die bereits erwähnte Expertengruppe eingesetzt mit dem Auftrag, Massnahmen zu Einsparungen und Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen zu prüfen. Die Expertengruppe hat ihren Bericht im August 2017 dem Bundesrat abgeliefert; die Veröffentlichung erfolgte Ende Oktober 2017. Im Bericht werden dem Bund über 30 Massnahmen zur näheren Prüfung vorgeschlagen. Es wird nun in den zuständigen Gremien auf Bundesebene zu klären sein, welche dieser Massnahmen konkretisiert, weiter geprüft und gegebenenfalls rechtlich verankert werden sollen. Er wird dazu den Austausch mit den

Kantonen über den Dialog Nationale Gesundheitspolitik, die GDK und im institutionellen Vernehmlassungsverfahren pflegen.

6. Fazit

Der Kanton Zürich und seine Listenspitäler haben die KVG-Revision mit ihren Umstellungen auf Leistungsplanung und Leistungsfinanzierung erfolgreich umgesetzt. Dies belegen im Vergleich mit den anderen Kantonen konstant tiefe Fallkosten und Tarife sowie die erfolgreiche Behauptung der Marktanteile im interkantonalen Wettbewerb. Ermöglicht hat diese Positionierung das vom Kantonsrat rechtzeitig auf das Inkrafttreten der KVG-Revision beschlossene SPFG und die gestützt darauf getroffenen Vorkehren. So konnten dann mit klaren Umsetzungsregeln eine geordnete Spitallandschaft mit übersichtlichen, gut zugänglichen Angeboten für die Patientinnen und Patienten und damit eine gute Versorgungssicherheit geschaffen werden. Für die Spitäler bietet das SPFG feste Rahmenbedingungen für einen geordneten Wettbewerb einerseits und Rechtsicherheit im Verhältnis zum Staat in seiner Funktion als verlässlicher Garant der sicheren Gesundheitsversorgung dank gezielter Leistungsaufträge andererseits. Die Leistungsaufträge werden über die Spitalplanungsintervalle von rund zehn Jahren grundsätzlich fest vergeben. Um der medizinischen Entwicklung Rechnung zu tragen, werden sie aber jährlich aktualisiert und auch auf veränderte Versorgungslagen angepasst. Diese Spitalpolitik beachtet konsequent die übergeordneten verfassungsmässigen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Sie gilt es in Zukunft fortzusetzen. Ihre zentralen Werte sind auch in die laufende politische Diskussion um neue Steuerungs- und Finanzierungssysteme auf Bundesebene einzubringen. So kann der Spitalplatz Zürich auch zukünftig konkurrenzfähig und stark erhalten werden.

7. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat, das dringliche Postulat KR-Nr. 416/2016 betreffend Strukturelle Änderung im Gesundheitswesen ist überfällig als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Markus Kägi

Der Staatsschreiber:

Beat Husi