

Antrag des Regierungsrates vom 8. Juli 2020

**5637**

## **Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG)**

**(Änderung vom . . . . . : Anforderungen für Leistungsaufträge)**

*Der Kantonsrat,*

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom 8. Juli 2020,  
*beschliesst:*

I. Das **Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz** vom 2. Mai 2011 wird wie folgt geändert:

§ 2.

Begriffe

*Die einzelnen Begriffsbestimmungen werden mit Literae ergänzt.*

- b. Spital: Betrieb zur stationären und damit verbundenen ambulanten Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten in der akutsomatischen, akutpsychiatrischen oder rehabilitativen Versorgung,

*Die Begriffsbestimmung «Medizinische Leistungseinheit» wird aufgehoben.*

- f. Leistungsgruppen: Zusammenzug von Diagnosen und Behandlungen nach medizinischen und ökonomischen Kriterien zur Vergabe von Leistungsaufträgen,

§ 4. Abs. 1 und 2 unverändert.

Stationäre KVG-Pflichtleistungen

<sup>3</sup> Ziel der Spitalplanung ist die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, gut zugängliche, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Bevölkerung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen.

a. Planungsbereiche und Planungsziel

<sup>4</sup> Das Ziel soll insbesondere mit folgenden Massnahmen erreicht werden:

Abs. 3 lit. a–d werden zu Abs. 4 lit. a–d.

§ 5. <sup>1</sup> Leistungsaufträge können Spitälern und Geburtshäusern erteilt werden, die

b. Anforderungen an die Leistungserbringer

lit. a und b unverändert.

- c. die bundesrechtlichen Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erfüllen,

lit. d–g unverändert.

- h. nachweisen, dass die wirtschaftliche Stabilität des Spitals oder Geburtshauses für die Dauer des Leistungsauftrags sichergestellt ist,
- i. über ein Vergütungssystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte verfügen, das keine Anreize für eine unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung setzt und bei dem sich insbesondere Menge und Art der Behandlungen sowie der erzeugte Umsatz nicht wesentlich auf die Vergütung auswirken,
- j. sicherstellen, dass Belegärztinnen und Belegärzte nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen erbringen, insbesondere keine medizinisch nicht indizierten Behandlungen durchführen.  
Abs. 2 und 3 unverändert.

d. Leistungs-  
aufträge und  
Spitalliste

#### § 7. <sup>1</sup> Der Regierungsrat

- a. erteilt den Spitälern und Geburtshäusern Leistungsaufträge und setzt die in Leistungsgruppen gegliederte Spitalliste fest,
- b. umschreibt den Inhalt der Leistungsgruppen,
- c. legt die mit den Leistungsaufträgen verbundenen Anforderungen insbesondere betreffend Infrastruktur, Personal, Qualität, Mindestfallzahlen, Vorsorge für ausserordentliche Lagen, Datenlieferung, Datenschutz und Informationssicherheit fest.

#### <sup>2</sup> Die Direktion

- a. weist die Codes der anerkannten Diagnose- und Behandlungskataloge den Leistungsgruppen zu, wobei sie bei Bedarf medizinische Fachexpertinnen und -experten zuzieht,
- b. kann die vom Regierungsrat festgelegten Anforderungen weiter ausführen.

Abs. 4 und 5 werden zu Abs. 3 und 4.

Abs. 6 wird aufgehoben.

e. Geltungs-  
dauer

§ 8. <sup>1</sup> Leistungsaufträge sind auf die Geltungsdauer der Spitalliste befristet.

<sup>2</sup> Sie können mit einer kürzeren Geltungsdauer erteilt werden.

<sup>3</sup> Sie können mit einer dreijährigen Kündigungsfrist auf das Jahresende ganz oder teilweise gekündigt werden:

- a. von den Spitälern,
- b. vom Regierungsrat, wenn dadurch das Planungsziel gemäss § 4 besser erreicht werden kann.

§ 8 a. <sup>1</sup> Der Regierungsrat kann die Spitalliste während ihrer Geltungsdauer insbesondere in folgenden Fällen anpassen, ohne eine umfassende Versorgungsplanung durchzuführen:

Anpassung der Spitalliste während der Geltungsdauer

- a. zur Abwendung einer Unterversorgung,
- b. zur Abrundung des Leistungsauftrags eines Spitals,
- c. bei Nichteinhaltung der Voraussetzungen für die Erfüllung des Leistungsauftrags,
- d. zur Förderung der Erreichung des Planungsziels gemäss § 4 bei insgesamt unverändertem Leistungsangebot gemäss Spitalliste.

<sup>2</sup> Sind andere Kantone von einer Anpassung betroffen, ist die Spitalplanung gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG zu koordinieren.

<sup>3</sup> Bei Anpassungen gemäss Abs. 1 lit. a ist die Gleichbehandlung der Spitäler zu wahren.

§ 9. <sup>1</sup> Listenspitäler können weitere Leistungen anbieten, sofern dadurch die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge nicht beeinträchtigt wird. Ausgeschlossen sind stationäre Leistungen des Leistungskatalogs der Zürcher Spitalliste, für die sie keinen Leistungsauftrag haben.

Weitere Leistungsbereiche

Abs. 2 unverändert.

### C. Erfüllung des Leistungsauftrags

§ 9 a. <sup>1</sup> Das Listenspital stellt die einwandfreie Erfüllung des Leistungsauftrags sowie der Anforderungen gemäss § 5 und gemäss den Anhängen zur Spitalliste sicher. Es weist dies gegenüber der Direktion nach.

Sicherstellung der Erfüllung

<sup>2</sup> Das Listenspital darf den Leistungsauftrag weder ganz noch teilweise auf einen andern Leistungserbringer übertragen.

<sup>3</sup> Die Direktion kann einem Listenspital bewilligen, einen Teil der Behandlungen einer Leistungsgruppe nicht anzubieten. Das Ziel der Spitalplanung und die Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss §§ 6 und 7 dürfen dadurch nicht beeinträchtigt werden.

§ 9 b. <sup>1</sup> Ein Listenspital erfüllt den Leistungsauftrag am zugelassenen Standort gemäss gesundheitspolizeilicher Bewilligung.

Erfüllungsort

<sup>2</sup> Die Direktion kann einem Listenspital bewilligen, einen Teil der Leistungen ausschliesslich an einem Nebenstandort zu erbringen, sofern die einwandfreie Erfüllung des Leistungsauftrags gewährleistet bleibt und das Ziel der Spitalplanung sowie die Erfüllung der Anforderungen gemäss § 5 und gemäss den Anhängen zur Spitalliste nicht beeinträchtigt werden.

<sup>3</sup> Die gesundheitspolizeiliche Bewilligung des Nebenstandortes bleibt vorbehalten.

Die Gliederungstitel C–F werden zu Gliederungstiteln D–G.

Weitere  
Leistungen

§ 11. <sup>1</sup> Decken die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht, kann der Kanton den Listenspitälern Subventionen bis zu 100% der ungedeckten Kosten folgender Leistungen gewähren:

- a. stationäre und spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen, soweit sie versorgungspolitisch sinnvoll sind,
- lit. b wird aufgehoben.
- lit. c–e werden zu lit. b–d.

<sup>2</sup> Subventionen bis zu 100% der ungedeckten Kosten können für weitere Versorgungsangebote gewährt werden, sofern sie versorgungspolitisch sinnvoll sind, insbesondere die Versorgungskette verbessern oder die stationäre Spitalversorgung entlasten.

Abs. 2 und 3 werden zu Abs. 3 und 4.

b. Modalitäten

§ 13. <sup>1</sup> Darlehen sind zu sichern, risikobezogen zu verzinsen und innert angemessener Frist zu amortisieren.

Abs. 2–5 unverändert.

Gebühren

§ 16. Abs. 1–3 unverändert.

Abs. 4 wird aufgehoben.

Daten-  
bearbeitung  
a. Zweck und  
Dateninhalt

§ 17. <sup>1</sup> Die Direktion kann betriebs- und patientenbezogene Daten von Spitälern und Geburtshäusern sowie solche aus Registern von Behörden und Fachorganisationen bearbeiten, soweit sie für den Vollzug dieses Gesetzes und des KVG benötigt werden, insbesondere für

- lit. a und b unverändert.
- c. die Erstellung von Qualitätsvergleichen und die Information der Bevölkerung über die Ergebnisse.

Abs. 2 unverändert.

<sup>3</sup> Patientenbezogene Daten sind insbesondere Name, Alter, Geburts- und Todesdatum, Geschlecht, Wohnort, AHV-Nummer sowie Art und Umfang der bezogenen medizinischen Leistung. Diese Daten sind nach der Erhebung zu anonymisieren, soweit sie nicht für die Rechnungs-kontrolle, die Kodierrevision oder die Leistungsstatistik verwendet werden.

§ 17 a. Die Direktion kann für die Bewilligung einer Hospitalisation nach §§ 14 und 15 vom Spital und von der antragstellenden Ärztin oder dem antragstellenden Arzt Auskunft über die Personalien der Patientin oder des Patienten, die gestellte Diagnose, die vorgesehene oder durchgeführte Behandlung und die Dauer des Spitalaufenthaltes verlangen.

b. Ausserkantonale Hospitalisation

§ 19. <sup>1</sup> Der Regierungsrat legt den nach KVG für alle Kantons- einwohnerinnen und -einwohner geltenden Anteil des Kantons an den Vergütungen der Leistungen von Listenspitälern gemäss § 10 fest.

KVG-Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand

Abs. 2 unverändert.

a. Allgemeines

§ 21. <sup>1</sup> Die Direktion überprüft regelmässig die Erfüllung der Leistungsaufträge und die Einhaltung der Auflagen, Bedingungen und Anforderungen. Sie kann von den Leistungserbringern Auskunft verlangen und Unterlagen einfordern. Bei Bedarf kann die Überprüfung vor Ort erfolgen.

Kontrolle

Abs. 2 und 3 unverändert.

<sup>4</sup> Bei der Rechnungsrevision eines Listenspitals gemäss Abs. 3 werden die ihm nahe stehenden natürlichen oder juristischen Personen in die Prüfung miteinbezogen.

§ 22. <sup>1</sup> Sanktioniert werden

Sanktionen

- a. die Verletzung kantonaler Leistungsaufträge und der damit verbundenen Anforderungen und Verpflichtungen gemäss §§ 5 Abs. 1, 7 Abs. 1 lit. c und Abs. 2 lit. b, 9a Abs. 1 und 2 sowie 9b Abs. 1,
  - b. die Beeinträchtigung kantonaler Leistungsaufträge durch weitere Leistungen gemäss § 9 Abs. 1,
- lit. b und c werden zu lit. c und d.

<sup>2</sup> Die Direktion kann je nach Schwere der Verletzung einzeln oder kumulativ folgende Sanktionen verfügen:

- a. Busse von Fr. 5000 bis 1 Mio. Franken,

lit. b unverändert.

- c. vollständige oder teilweise Nichtauszahlung oder Rückerstattung von Subventionen,

lit. d unverändert.

Abs. 3 unverändert.

§ 23. <sup>1</sup> Fehlen gesamtschweizerisch gültige Tarifstrukturen gemäss Art. 49 KVG, vereinbaren die Leistungserbringer und Versicherer eine Übergangsregelung. Diese bedarf der Genehmigung des Regierungsrates.

Fehlende Tarifstruktur

Abs. 2 unverändert.

Betriebs-  
vergleiche

§ 24. Die Direktion kann jährlich Betriebsvergleiche für Zürcher Listenspitäler und bei Bedarf für weitere Spitäler durchführen. Sie kann die Betriebsvergleiche veröffentlichen.

II. Das **Gesetz über das Universitätsspital Zürich** vom 19. September 2005 wird wie folgt geändert:

Arbeits-  
verhältnis

§ 13. Abs. 1 und 2 unverändert.

<sup>3</sup> Für das ärztliche Personal ab Stufe Oberärztin und Oberarzt (ärztliches Kader) kann das Personalreglement zudem abweichende Regelungen betreffend Vergütung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses vorsehen.

Vergütung  
des ärztlichen  
Kaders

§ 14. <sup>1</sup> Das Personalreglement legt die höchstens zulässige Gesamtvergütung der Angehörigen des ärztlichen Kaders fest. Die Gesamtvergütung darf 1 Mio. Franken pro Jahr nicht übersteigen.

<sup>2</sup> Die Vergütung kann einen variablen Bestandteil enthalten. Dieser beträgt höchstens 30% der Gesamtvergütung.

<sup>3</sup> Der variable Bestandteil wird durch folgende Faktoren bestimmt, die höchstens zum genannten Anteil berücksichtigt werden können:

- a. wirtschaftlicher Erfolg und Qualität des Spitals bis zu 70%,
- b. wirtschaftlicher Erfolg und Qualität der Klinik oder des Instituts bis zu 50%,
- c. individuelle Leistung der oder des Angestellten bis zu 50%.

Erträge aus  
ärztlichen  
Zusatz-  
leistungen

§ 17. <sup>1</sup> Erträge aus ärztlichen Zusatzleistungen für Patientinnen und Patienten fließen in die Betriebsrechnung des Spitals.

<sup>2</sup> 5% dieser Erträge werden für Einmalzulagen des nichtärztlichen und des nicht zum ärztlichen Kader gehörenden Personals eingesetzt.

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...**

Das Universitätsspital führt das neue Anstellungs- und Vergütungssystem gemäss §§ 13 Abs. 3, 14 und 17 kostenneutral ein.

III. Das **Gesetz über das Kantonsspital Winterthur** vom 19. September 2005 wird wie folgt geändert:

§ 12. Abs. 1 und 2 unverändert.

Arbeits-  
verhältnis

<sup>3</sup> Für das ärztliche Personal ab Stufe Oberärztin und Oberarzt (ärztliches Kader) kann das Personalreglement zudem abweichende Regelungen betreffend Vergütung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses vorsehen.

§ 13. <sup>1</sup> Das Personalreglement legt die höchstens zulässige Gesamtvergütung der Angehörigen des ärztlichen Kadern fest. Die Gesamtvergütung darf 1 Mio. Franken pro Jahr nicht übersteigen.

Vergütung  
des ärztlichen  
Kaders

<sup>2</sup> Die Vergütung kann einen variablen Bestandteil enthalten. Dieser beträgt höchstens 30% der Gesamtvergütung.

<sup>3</sup> Der variable Bestandteil wird durch folgende Faktoren bestimmt, die höchstens zum genannten Anteil berücksichtigt werden können:

- a. wirtschaftlicher Erfolg und Qualität des Spitals bis zu 70%,
- b. wirtschaftlicher Erfolg und Qualität der Klinik oder des Instituts bis zu 50%,
- c. individuelle Leistung der oder des Angestellten bis zu 50%.

§ 16. <sup>1</sup> Erträge aus ärztlichen Zusatzleistungen für Patientinnen und Patienten fliessen in die Betriebsrechnung des Spitals.

Erträge aus  
ärztlichen  
Zusatz-  
leistungen

<sup>2</sup> 5% dieser Erträge werden für Einmalzulagen des nichtärztlichen und des nicht zum ärztlichen Kader gehörenden Personals eingesetzt.

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...**

Das Kantonsspital Winterthur führt das neue Anstellungs- und Vergütungssystem gemäss §§ 12 Abs. 3, 13 und 16 kostenneutral ein.

IV. Das **Gesetz über die psychiatrische Universitätsklinik Zürich** vom 11. September 2017 wird wie folgt geändert:

§ 17. Abs. 1 und 2 unverändert.

Arbeits-  
verhältnis

<sup>3</sup> Für das ärztliche Personal ab Stufe Oberärztin und Oberarzt (ärztliches Kader) kann das Personalreglement zudem abweichende Regelungen betreffend Vergütung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses vorsehen.

Vergütung  
des ärztlichen  
Kaders

§ 18. <sup>1</sup> Das Personalreglement legt die höchstens zulässige Gesamtvergütung der Angehörigen des ärztlichen Kaders fest. Die Gesamtvergütung darf 1 Mio. Franken pro Jahr nicht übersteigen.

<sup>2</sup> Die Vergütung kann einen variablen Bestandteil enthalten. Dieser beträgt höchstens 30% der Gesamtvergütung.

<sup>3</sup> Der variable Bestandteil wird durch folgende Faktoren bestimmt, die höchstens zum genannten Anteil berücksichtigt werden können:

- a. wirtschaftlicher Erfolg und Qualität des Spitals bis zu 70%,
- b. wirtschaftlicher Erfolg und Qualität der einzelnen Klinik bis zu 50%,
- c. individuelle Leistung der oder des Angestellten bis zu 50%.

Erträge aus  
ärztlichen  
Zusatz-  
leistungen

§ 20 a. <sup>1</sup> Erträge aus ärztlichen Zusatzleistungen für Patientinnen und Patienten fliessen in die Betriebsrechnung des Spitals.

<sup>2</sup> 5% dieser Erträge werden für Einmalzulagen des nichtärztlichen und des nicht zum ärztlichen Kader gehörenden Personals eingesetzt.

### Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

Die Psychiatrische Universitätsklinik führt das neue Anstellungs- und Vergütungssystem gemäss §§ 17 Abs. 3, 18 und 20 a kostenneutral ein.

### V. Das Gesetz über die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland vom 29. Oktober 2018 wird wie folgt geändert:

Arbeits-  
verhältnis

§ 16. Abs. 1 und 2 unverändert.

<sup>3</sup> Für das ärztliche Personal ab Stufe Oberärztin und Oberarzt (ärztliches Kader) kann das Personalreglement zudem abweichende Regelungen betreffend Vergütung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses vorsehen.

Vergütung  
des ärztlichen  
Kaders

§ 17. <sup>1</sup> Das Personalreglement legt die höchstens zulässige Gesamtvergütung der Angehörigen des ärztlichen Kaders fest. Die Gesamtvergütung darf 1 Mio. Franken pro Jahr nicht übersteigen.

<sup>2</sup> Die Vergütung kann einen variablen Bestandteil enthalten. Dieser beträgt höchstens 30% der Gesamtvergütung.



<sup>3</sup> Der variable Bestandteil wird durch folgende Faktoren bestimmt, die höchstens zum genannten Anteil berücksichtigt werden können:

- a. wirtschaftlicher Erfolg und Qualität des Spitals bis zu 70%,
- b. wirtschaftlicher Erfolg und Qualität des Versorgungsbereichs bis zu 50%,
- c. individuelle Leistung der oder des Angestellten bis zu 50%.

§ 19 a. <sup>1</sup> Erträge aus ärztlichen Zusatzleistungen für Patientinnen und Patienten fliessen in die Betriebsrechnung des Spitals.

Erträge aus  
ärztlichen  
Zusatz-  
leistungen

<sup>2</sup> 5% dieser Erträge werden für Einmalzulagen des nichtärztlichen und des nicht zum ärztlichen Kader gehörenden Personals eingesetzt.

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...**

Die ipw führt das neue Anstellungs- und Vergütungssystem gemäss §§ 16 Abs. 3, 17 und 19 a kostenneutral ein.

VI. Das **Gesetz über die ärztlichen Zusatzhonorare** vom 12. Juni 2006 wird aufgehoben.

VII. Die Motion KR-Nr. 87/2018 betreffend Mengenabhängige Honorar- und Bonusvereinbarungen als Ausschlusskriterium für Leistungsaufträge im SPFG wird als erledigt abgeschrieben.

VIII. Die Gesetzesänderungen und die Aufhebung des Gesetzes unterstehen dem fakultativen Referendum.

IX. Mitteilung an den Regierungsrat.

---

## **Bericht**

### **1. Ausgangslage**

#### **1.1 Bundesrechtliche Vorgaben zur Spitalplanung und -finanzierung**

Nach Bundesrecht sind die Kantone verpflichtet, mittels einer interkantonal koordinierten Planung eine bedarfsgerechte Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung sicherzustellen und eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e sowie Art. 39 Abs. 2 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10]). Der Bundesrat hat gestützt auf Art. 39 Abs. 2<sup>ter</sup> KVG in Art. 58a ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) einheitliche Planungskriterien erlassen. Danach haben die Kantone bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen, zudem den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags (Art. 58b Abs. 4 KVV). Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität und im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien (Art. 58b Abs. 5 KVV). Die Planung erfolgt gemäss Art. 58c KVV für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert (Bst. a) und für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen (Bst. b). Die Kantone überprüfen ihre Planung periodisch (Art. 58a Abs. 2 KVV).

Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Die Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifverträge) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 KVG). Parteien des Tarifvertrags sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital oder einem Geburtshaus Pauschalen; in der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vergütungen nach

Art. 49 Abs. 1 KVG werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen (Art. 49a Abs. 1 KVG). Der Kanton setzt gemäss Art. 49a Abs. 2<sup>ter</sup> KVG jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden kantonalen Anteil fest; der kantonale Anteil beträgt mindestens 55%.

## **1.2 Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz**

Der Kanton Zürich hat mit dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 (SPFG, LS 813.20; in Kraft seit 1. Januar 2012) die kantonalen Grundlagen zur Ausführung und zum Vollzug der bundesrechtlichen Vorgaben zur Zürcher Spitalplanung und -finanzierung geschaffen. Gestützt darauf hat der Regierungsrat auf den 1. Januar 2012 eine umfassende leistungsorientierte Spitalplanung für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie durchgeführt bzw. abgeschlossen, den Spitälern und Kliniken Leistungsaufträge erteilt und die Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie erlassen (RRB Nr. 1134/2011).

Hinsichtlich der Spitalplanung weist das SPFG heute folgende Struktur auf: § 4 Abs. 3 SPFG enthält Vorgaben zur Spitalplanung. Leistungsgruppen sollen zu übersichtlichen Angeboten zusammengezogen werden, um eine medizinisch und ökonomisch unzweckmässige Fragmentierung zu verhindern (lit. a). Die Patientinnen und Patienten sollen zeitgerecht Zugang zur Notfallversorgung haben (lit. b). Seltene und komplexe Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur brauchen, sollen koordiniert und konzentriert werden (lit. c). Gleiches gilt für Leistungen, die im Zusammenhang mit einem universitären Lehr- und Forschungsauftrag stehen (lit. d). § 5 Abs. 1 SPFG listet die Anforderungen auf, die ein Spital erfüllen muss, wenn es einen Leistungsauftrag zugewiesen erhalten möchte. Das Spital muss eine zweckmässige Infrastruktur haben (lit. a), über genügend Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten verfügen (lit. b) und ein den Vorgaben des Bundesrechts genügendes Qualitätssicherungskonzept nachweisen (lit. c). Zudem muss es alle Zürcher Patientinnen und Patienten nach den Vorgaben des KVG aufnehmen (lit. d), über ein geeignetes Patientenversorgungskonzept verfügen (lit. e), genügend Gesundheitspersonal ausbilden (lit. f) und eine sachgerechte Kostenrechnung führen (lit. g). Spitälern, die diese Anforderungen erfüllen, können sich um einen Leistungsauftrag bewerben. Unter diesen Spitälern erhalten gemäss § 6 SPFG die Spitälern einen Leistungsauftrag, die für die bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind (lit. a), mit denen die vorerwähnten Vorgaben der Spitalplanung gemäss § 4 Abs. 3 SPFG möglichst gut verwirklicht werden (lit. b) und

welche die genannten Anforderungen gemäss § 5 Abs. 1 SPFG bestmöglich erfüllen (lit. c).

### **1.3 Neue Spitalplanung**

Um die Spitallisten aktuell zu erhalten, wurden jeweils jährlich kleinere Anpassungen und Korrekturen daran vorgenommen. Grössere bzw. konzeptionelle Anpassungen der Spitallisten ohne neue Bedarfsrechnungen erfolgten seither zweimal, nämlich auf den 1. Januar 2015 und den 1. Januar 2018 (RRB Nrn. 799/2014 und 746/2017). Inzwischen nähert sich die 2012 auf rund zehn Jahre angelegte Spitalplanungsperiode jedoch dem Ende. Die Versorgungsstruktur ist auf eine neue, wiederum rund zehnjährige Planungsperiode hin umfassend zu überprüfen und zu aktualisieren. Der Regierungsrat hat die Gesundheitsdirektion deshalb mit Beschluss Nr. 338/2018 beauftragt, für die Zeit ab 2022 eine neue Spitalplanung mit umfassender Bedarfsabklärung, Wirtschaftlichkeitsprüfung aller Leistungserbringer und interkantonalen Koordination an die Hand zu nehmen. Mit Beschluss Nr. 695/2019 hat der Regierungsrat den Zeitplan für die Spitalplanung neu festgelegt und das Inkrafttreten der aus dem Projekt «Zürcher Spitalplanung 2023» (ehemals «Zürcher Spitalplanung 2022») hervorgehenden Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie auf den 1. Januar 2023 verschoben.

### **1.4 Revision des SPFG**

Die der Spitalplanung 2012 zugrunde liegenden gesetzlichen Rahmenbedingungen des SPFG haben sich grundsätzlich bewährt. Der Kanton verfügt über ein schweizweit anerkanntes System der Spitalplanung und Spitalfinanzierung, das die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit stationär erbrachten medizinischen Leistungen auf hohem Qualitätsniveau zu im schweizerischen Vergleich massvollen Kosten sicherstellt. In den letzten Jahren ergaben sich im Gesetzesvollzug indessen zunehmend Fragestellungen, die sich auf der Grundlage des geltenden Rechts nicht oder nicht befriedigend beantworten liessen. Auf Beginn der neuen Planungsperiode hin, die ab 2023 bis voraussichtlich 2032 laufen wird, sollen deshalb die notwendigen Präzisierungen und Ergänzungen im Gesetz vorgenommen werden. Die neuen Regelungen sollen sich nahtlos ins bisherige Regelwerk der Spitalplanung und -finanzierung einfügen und die Zürcher Spitalversorgung bei hoher Qualität zu möglichst günstigen Kosten weiter gewährleisten und optimieren. An die Leistungserbringer sollen zusätzliche qualitative und kostenwirksame

Anforderungen gestellt werden können. Des Weiteren sollen dem Kanton bei der Auswahl der Leistungserbringer, die sich um einen Leistungsauftrag bzw. einen Platz auf der Spitalliste bewerben, zusätzliche, die bisherigen Auswahlkriterien ergänzende Faktoren zur Verfügung gestellt werden, um die Zielsetzungen der Spitalplanung mit den am besten geeigneten Leistungserbringern zu erreichen. Gleichzeitig soll den Spitälern mehr Flexibilität und Gestaltungsfreiheit bei der Leistungserbringung eingeräumt werden. Schliesslich sollen unklare oder nicht eindeutige Bestimmungen klarer gefasst, hinfällige Bestimmungen aufgehoben und teilweise überholte Bestimmungen bereinigt werden.

Die Teilrevision des SPFG läuft parallel zum Projekt «Zürcher Spitalplanung 2023» und betrifft die für die definitive Festsetzung der umfassend überarbeiteten Spitallisten 2023 wesentlichen kantonalen Rechtsgrundlagen. Die Spitäler, die sich per 2023 um Leistungsaufträge der Zürcher Spitalliste bewerben wollen, müssen spätestens im Zeitpunkt der Bewerbung wissen, welche Anforderungen im Einzelnen für einen Listenplatz zu erfüllen sind. Daher ist es von zentraler Bedeutung, dass der definitive Wortlaut des revidierten SPFG im Zeitpunkt des Beginns des Bewerbungsverfahrens, mithin im Sommer 2021, feststeht. Der Kantonsrat sollte deshalb die Teilrevision des SPFG nach Möglichkeit bis Frühsommer 2021 beschliessen.

## **2. Vorentwurf und Vernehmlassung**

### **2.1 Zentrale Elemente des Vorentwurfs**

Der Regierungsrat hat die Gesundheitsdirektion mit Beschluss Nr. 234/2019 ermächtigt, eine Vernehmlassung zur Änderung des SPFG durchzuführen. Die Gesundheitsdirektion hat die Vernehmlassung zum Vorentwurf des teilrevidierten SPFG am 25. März 2019 eröffnet. Sie endete am 26. Juni 2019.

Der Vorentwurf (VE) sah verschiedene Änderungen und Ergänzungen bestehender Bestimmungen vor und enthielt einige neue Bestimmungen. So sollten die Anforderungen an die Leistungserbringer durch neue Vorgaben ergänzt und bestehende Anforderungen präzisiert werden (§ 5 VE-SPFG). Sodann sollte der Katalog der Auswahlkriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen ergänzt werden, beispielweise mit den Kriterien, ob ein Spital «spitalgebundene, versorgungspolitisch sinnvolle ambulante Pflichtleistungen» anbietet oder ob dessen Entschädigungssystem «keine Anreize für unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung» setzt. Im Bereich der rehabilitativen Versorgung sollte zudem darauf geachtet werden, dass die akutspital- und wohnortsnahen Angebote angemessen berücksich-

tigt werden. Bei einem Überangebot an Spitälern, die sich um einen Leistungsauftrag bewerben, sollte bei der Auswahl «auf das Kriterium grösstmöglicher gemeinnütziger Ausrichtung des Unternehmens» abgestellt werden können. Im Sinne einer Experimentierklausel sollten zeitlich und umfangmässig beschränkte Leistungsaufträge «für neue Versorgungsmodelle» erteilt werden können, sofern dies «wesentliche Erkenntnisse für die Patientenversorgung» erwarten lässt (§ 6 VE-SPFG). In einem weiteren Punkt sah der Vorentwurf die Möglichkeit zur Festlegung von Leistungsmengen vor. Bei einer Überschreitung der festgelegten Leistungsmenge sollte ein Spital nur noch einen verminderten Tarif in Rechnung stellen können. Zudem sollte der Regierungsrat in diesem Fall die Genehmigungspflicht von Grossinvestitionen vorsehen können (§ 7a VE-SPFG). Der Vorentwurf sah weiter vor, dass der Kanton die ungedeckten Kosten von versorgungspolitisch sinnvollen Pflichtleistungen im akutsomatischen Bereich unbesehen des Alters der Patientinnen und Patienten subventionieren können sollte (§ 11 VE-SPFG); nach geltendem Recht ist das nur bei minderjährigen Patientinnen und Patienten möglich.

## **2.2 Ergebnisse der Vernehmlassung**

An der Vernehmlassung nahmen rund 100 Spitäler, Gemeinden, Kantone, Verbände, politische Parteien, Organisationen und Einzelpersonen teil. Die Vorlage wurde von den meisten Vernehmlassungsteilnehmenden grundsätzlich negativ, von wenigen grundsätzlich positiv aufgenommen. Die Minderheit begrüsst die Stossrichtung der Revision, soweit es um qualitätsfördernde und die Mengenausweitung dämpfende Massnahmen ging. Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden machte geltend, der Entwurf sei unausgereift, nicht zielführend, in zahlreichen Bestimmungen bundesrechtswidrig (Abweichung zu KVG und KVV) und komme zudem zur Unzeit. Viele Bestimmungen des Vorentwurfs stünden der Förderung des Wettbewerbs unter den Spitälern entgegen. Die unternehmerische Freiheit der Spitäler würde zusätzlich eingeschränkt, insbesondere aufgrund der zusätzlichen Anforderungen an die Spitäler gemäss § 5 Abs. 1 VE-SPFG (uneingeschränkte Weisungsbefugnis der Leitungsgremien der Spitäler; Nachhaltigkeit der Leistungserbringung; Beachtung des öffentlichen Beschaffungsrechts). Dass grundsätzlich jedes Spital über ein Notfallangebot verfügen müsse (§ 5 Abs. 2 VE-SPFG), sei weder qualitativ noch kostenmässig sinnvoll. Ob ein Spital versorgungspolitisch sinnvolle ambulante Pflichtleistungen anbiete (§ 6 Abs. 1 lit. b VE-SPFG), dürfe nicht als Vergabekriterium herangezogen werden, denn der Kanton habe im ambulanten Bereich keine Planungskompetenz. Ebenso wenig solle bei der Vergabe der Leistungs-

aufträge berücksichtigt werden, ob ein Spital über ein Entschädigungssystem verfüge, das frei von Fehlanreizen sei (§ 6 Abs. 1 lit. d SPFG). Denn die Ausgestaltung der Entschädigungssysteme sei Element der Wirtschaftsfreiheit und liege in der unternehmerischen Verantwortung der Leistungserbringer. Das Kriterium der gemeinnützigen Ausrichtung eines Spitals (§ 6 Abs. 3 VE-SPFG) könne dazu führen, dass gewinnorientierte Spitäler von der Spitalliste gedrängt würden, und zwar sogar dann, wenn sie qualitativ besser und wirtschaftlicher arbeiteten als Spitäler mit gemeinnütziger Ausrichtung. Was die Erteilung von Leistungsaufträgen für neuartige Versorgungsmodelle unabhängig vom Bedarf betrifft (§ 6 Abs. 4 VE-SPFG), fehlt es nach vielen Vernehmlassungsteilnehmenden an einer gesetzlichen Grundlage im Bundesrecht. Zudem werde damit die Pflicht zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung unterlaufen. Dass der Regierungsrat zukünftig Mengengrenzungen und verminderte Tarife bei Mengenüberschreitung solle festlegen können (§ 7a VE-SPFG), wurde von der grossen Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden abgelehnt. Eine solche Regelung stehe im Widerspruch zum Bundesrecht, schränke die Tarifautonomie von Spitälern und Krankenversicherern ein, gefährde die Versorgungssicherheit, fördere die Zweiklassenmedizin und die ausserkantonalen Hospitalisationen und beeinträchtige die Spitalwahlfreiheit. Insgesamt würde der Vorentwurf zur SPFG-Revision dazu führen, dass der Staat seine Einflussnahme weiter ausdehne und die Problematik der Mehrfachrolle des Kantons (Vergabe von Leistungsaufträgen, Finanzierung und Betrieb von Spitälern) nicht löse. Die Gesetzesrevision könne die Versorgungsqualität gefährden und behindere innovative Ansätze. Die Zürcher Spitäler würden gegenüber ihren ausserkantonalen Konkurrenten benachteiligt.

### 2.3 Überarbeitung des Vorentwurfs

Aufgrund der in der Vernehmlassung geäusserten breiten Kritik wurde der Vorentwurf stark überarbeitet. In die Überarbeitung flossen auch zusätzliche Abklärungen und neue Erkenntnisse ein. Dabei wurden einige wichtige Revisionspunkte des Vorentwurfs fallengelassen:

- Gemäss § 5 Abs. 1 lit. d des Vorentwurfs hätte das Leitungsorgan des Spitals, das für die Erfüllung des Leistungsauftrags verantwortlich ist, über uneingeschränkte Weisungsbefugnis innerhalb des Spitalbetriebs verfügen müssen. Dagegen wurde vorgebracht, dass ein Spital eine Expertenorganisation mit Matrixstruktur sei. Es sei weder zweck- noch rechtmässig, die Spitaldirektion mit einem uneingeschränkten Weisungsrecht auszustatten. Mit dieser Regelung werde das Belegarztssystem verunmöglicht, denn die Belegärztinnen

und Belegärzte trügen die Verantwortung für die Durchführung der Behandlung selbst und könnten demzufolge jedenfalls hinsichtlich der Behandlung der Patientinnen und Patienten nicht der Weisungsbefugnis der Spitalleitung unterstellt werden. In Nachachtung dieser Einwände wurde auf die Regelung gemäss Vorentwurf verzichtet und stattdessen eine Bestimmung in den Entwurf aufgenommen, wonach das Spital «die einwandfreie Erfüllung des Leistungsauftrags sowie der Anforderungen gemäss § 5 und gemäss den Anhängen zur Spitalliste» sicherzustellen hat (vgl. § 9a Abs. 1).

- Nach dem Vorentwurf hätte die Erteilung eines Leistungsauftrags in der Regel vorausgesetzt, dass das Spital «über eine Notfallstation verfügt und Basisleistungen in den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin sowie weitere versorgungsnotwendige Leistungen» anbietet (§ 5 Abs. 2 VE-SPFG). Die Bestimmung wurde zum Teil begrüsst, mehrheitlich aber mit der Begründung abgelehnt, eine solche strukturerhaltende Vorgabe verunmögliche neue und verteuere bestehende Angebote. Das KVG ziele nicht auf ein möglichst breites Angebot der Leistungserbringer, sondern wolle die Spezialisierung und Konzentration der Leistungen zulassen. Wenn jedes Spital über eine Notfallstation verfüge, könne das die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen.
- § 6 Abs. 1 lit. b des Vorentwurfs sah vor, dass bei der Auswahl der sich um einen Leistungsauftrag bewerbenden Spitälern auch hätte berücksichtigt werden können, ob das Spital «spitalgebundene, versorgungspolitisch sinnvolle ambulante Pflichtleistungen» anbietet. In der Vernehmlassung wurde im Wesentlichen kritisiert, diese Regelung führe zu einer unerwünschten Quersubventionierung des meist defizitären ambulanten Leistungsbereichs eines Spitals. Wenn spitalgebundene ambulante Leistungen nicht kostendeckend erbracht werden könnten, seien die Spitälern nicht indirekt zur Erbringung solcher Leistungen zu verpflichten, sondern die Tarife für solche Leistungen zu erhöhen. Die Regelung sei bundesrechtswidrig, denn KVG und KVV würden die Auswahlkriterien abschliessend festlegen und sähen das Auswahlkriterium gemäss Vorentwurf nicht vor. Die Regelung bewirke eine unzulässige Ausweitung der kantonalen Versorgungsplanung auf den ambulanten Bereich und greife der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der Krankenversicherung vor.
- Gemäss Vorentwurf wären bei der Erteilung von Leistungsaufträgen im Bereich der rehabilitativen Versorgung «akutspital- und wohnortnahe Angebote angemessen zu berücksichtigen» gewesen (§ 6 Abs. 2 VE-SPFG). Dagegen wurde vorgebracht, dass die Nähe einer Reha-Klinik zu einem Akutspital wie auch ihre Wohnortnähe keine



nach KVG zulässigen Kriterien für die Erteilung eines Leistungsauftrags seien: Weder das eine noch das andere führe zwingend zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Klinik. Das gelte insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten. Die kantonsübergreifende Versorgung mit Reha-Leistungen habe sich in der Vergangenheit bewährt. Die Kritik ist zum Teil berechtigt. In der Tat führt die Nähe einer Reha-Klinik zu einem Akutspital oder zum Wohnort der Patientin oder des Patienten nicht für sich zu besseren und günstigeren Leistungen. Soweit Letzteres aber der Fall ist und es dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach guter Zugänglichkeit zu Reha-Leistungen entspricht, kann die Nähe einer Reha-Klinik zu einem Akutspital oder zum Wohnort der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Erreichung der Planungsziele berücksichtigt werden (vgl. § 6 lit. b in Verbindung mit § 4 SPFG).

- Verzichtet wurde sodann auf das Auswahlkriterium der «grösstmöglichen gemeinnützigen Ausrichtung» des Spitals bzw. seiner Trägerschaft gemäss § 6 Abs. 3 des Vorentwurfs. Gegen diese Regelung wurde vorgebracht, dass sie zum Ausschluss von gewinnorientierten Spitälern (Privatspitälern) von der Spitalliste führe, selbst wenn solche Spitäler qualitativ besser und wirtschaftlicher arbeiteten als Spitäler mit gemeinnütziger Ausrichtung. Die Gemeinnützigkeit eines Spitals sei kein vom KVG vorgesehenes Kriterium zur Erteilung von Leistungsaufträgen und widerspreche der Wettbewerbsorientierung des KVG.
- Nicht in den vorliegenden Gesetzesentwurf übernommen wurde ferner die Regelung gemäss § 6 Abs. 4 des Vorentwurfs, wonach «unabhängig vom Bedarf [...] zeitlich und umfangmässig beschränkte Leistungsaufträge erteilt werden [können] für neuartige Versorgungsmodelle, die wesentliche Erkenntnisse für die Patientenversorgung erwarten lassen». Gegen diese Bestimmung wurde vorgebracht, dass sie gegen übergeordnetes Recht verstosse. Denn das KVG schliesse die Erteilung von Leistungsaufträgen ohne Bedarfsabklärung aus, selbst wenn es nur um Leistungsaufträge zur Erprobung neuer Versorgungsmodelle gehe. Die Bestimmung verletze die Pflicht der Kantone zur Koordination ihrer Spitalplanungen (Art. 58d KVV). Neuartige Versorgungsmodelle dürften nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert werden.
- Verzichtet wurde auf die Möglichkeit, den Spitälern Leistungsmengen vorzugeben. § 7a des Vorentwurfs sah vor, dass der Regierungsrat Bandbreiten der Leistungsmengen hätte festlegen können, wobei bei Überschreiten des Bandes nur noch verminderte Tarife vergütet worden wären. In der Vernehmlassung wurde kritisiert,

die Regelung stehe nicht im Einklang mit dem KVG. Sie verletze das Wettbewerbsprinzip und die Tarifautonomie von Leistungserbringern und Krankenversicherern. Mit der Regelung könne das angestrebte Ziel der Verminderung der Leistungsmengen und der Kostendämpfung nicht erreicht werden, denn bei Erreichen der oberen Mengengrenze würden sich Patientinnen und Patienten vermehrt in ausserkantonalen Spitälern behandeln lassen. Die freie Spitalwahl werde beeinträchtigt und die Versorgungssicherheit gefährdet. Die Spitäler könnten ihrer Aufnahmepflicht nicht mehr nachkommen. Die Regelung bestrafe Spitäler, die aufgrund ihrer hohen Qualität einen starken Patientenzustrom hätten.

### **3. Zentrale Elemente der Revision**

#### **3.1 Flexibilisierung der Spitalplanung**

##### *a. Gesetzliche Vorgaben zur Spitalplanung*

Das Bundesrecht enthält eine Reihe von Vorschriften zu verschiedenen Aspekten der Spitalplanung: Zweck der Planung ist die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung (vgl. Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Formales Ergebnis der Spitalplanung ist die Spitalliste; diese ist «nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliedert» (vgl. Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG). Die Spitalplanung umfasst die Bereiche der stationären Behandlung in einem Spital oder Geburtshaus (Art. 58a Abs. 1 KVV). Soweit es um Leistungen der Akutsomatik geht, hat die Spitalplanung leistungsorientiert zu erfolgen. Die Planung der psychiatrischen und der rehabilitativen Versorgung kann leistungs- oder kapazitätsorientiert erfolgen (Art. 58c Bst. a und b KVV). Die Kantone haben ihre Planung zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG). Dabei müssen sie insbesondere die Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen. Ferner müssen sie die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren (Art. 58d KVV).

Das Bundesrecht enthält folgende Vorgaben zum Verfahren: Die Spitalplanung kann von einem oder von mehreren Kantonen gemeinsam durchgeführt werden (vgl. Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Die Kantone ermitteln den Bedarf ihrer Einwohnerinnen und Einwohner an stationären Leistungen (Art. 58b Abs. 1 KVV). Dieser Bruttobedarf ist in dem Umfang zu vermindern, als sich die Einwohnerinnen und Einwohner in ausserkantonalen Spitälern behandeln lassen (Art. 58b Abs. 3 KVV). Die Differenz ist durch Leistungsaufträge des planenden Kantons abzudecken. Bei der Beurteilung und Auswahl der Spitä-

ler, die sich für einen Leistungsauftrag bewerben, haben die Kantone insbesondere zu berücksichtigen: die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit des Spitals zur Erfüllung des Leistungsauftrags (Art. 58b Abs. 4 Bst. a–c KVV). Unter den Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit und Qualität haben die Kantone insbesondere zu beachten: die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität und die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien (Art. 58b Abs. 5 Bst. a–c KVV). Für jedes Spital oder Geburtshaus, das einen Leistungsauftrag erhält, wird auf der Spitalliste das dem Auftrag entsprechende Leistungsspektrum (d. h. die dem Leistungserbringer zugewiesenen Leistungsgruppen) aufgeführt. Der Leistungsauftrag kann auch die Pflicht zum Notfalldienst umfassen (Art. 58e Abs. 2 und 3 KVV). Die Planung ist periodisch zu überprüfen (Art. 58a Abs. 2 KVV).

Das SPFG verweist für die Planung der stationären Spitalversorgung generell auf die Vorgaben des KVG (§ 4 Abs. 1), wiederholt zum Teil dessen Bestimmungen und konkretisiert sie. Mit Blick auf den Patientenpfad umfasst die Spitalplanung gemäss § 4 Abs. 2 SPFG die Untersuchung, Behandlung und Pflege in der Akutversorgung wie auch die Rehabilitation. Miterfasst ist auch die Palliation einschliesslich Sterbebegleitung. Das SPFG enthält eine Reihe konkretisierender Vorgaben, die helfen sollen, den bundesrechtlichen Zweck der Spitalplanung (Gewährleistung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung) zu erfüllen (§ 4 Abs. 3 SPFG; dort als Planungsziel bezeichnet): Die den Spitalern zugewiesenen Angebote sollen übersichtlich sein und einen medizinisch und ökonomisch sinnvollen Zusammenzug von Leistungen umfassen (lit. a); die zeitgerecht zugängliche Notfallversorgung soll im ganzen Kantonsgebiet sichergestellt sein (lit. b); seltene oder komplexe Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten verlangen, sollen koordiniert oder konzentriert werden (lit. c); Leistungen, die mit einem universitären Lehr- und Forschungsauftrag zusammenhängen, sollen koordiniert oder konzentriert werden (lit. d). Sodann nennt das Gesetz Anforderungen, welche die Spitäler zu erfüllen haben. So muss ein Spital beispielsweise eine Infrastruktur aufweisen, welche die Erfüllung des Leistungsauftrags sicherstellt (§ 5 Abs. 1 lit. a), und über genügende Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten verfügen (lit. b).

Die Spitalplanung des Kantons Zürich verläuft demnach in folgenden Schritten:

- *Ermittlung des Bruttobedarfs.* Der Kanton ermittelt den Bedarf an stationären Spitalleistungen, den seine Einwohnerinnen und Einwohner benötigen (Bruttobedarf).

- *Ermittlung des Nettobedarfs.* Der Kanton stellt fest, in welchem Umfang sich seine Einwohnerinnen und Einwohner in Spitälern anderer Kantone stationär behandeln lassen. In diesem Umfang vermindert sich der Bruttobedarf. Sodann stellt der Kanton fest, in welchem Umfang sich die Einwohnerinnen und Einwohner anderer Kantone im Kanton Zürich stationär behandeln lassen. In diesem Umfang vergrössert sich der Bruttobedarf. Es resultiert der Nettobedarf, der durch Leistungsaufträge des Kantons sicherzustellen ist.
- *Ausschreibung.* Der Kanton lädt die Spitäler ein, sich um einen Leistungsauftrag zu bewerben.
- *Prüfung der Spitäler.* Der Kanton prüft, ob ein Spital, das sich um einen Leistungsauftrag bewirbt, die Voraussetzungen dafür erfüllt. Insbesondere prüft er die Qualität und Wirtschaftlichkeit der bisherigen und geplanten Leistungserbringung, die zureichende Ausstattung mit Infrastruktur und Personal usw.
- *Vergabe der Leistungsaufträge.* Unter den Spitälern, welche die Voraussetzungen für die Zuspreehung eines Leistungsauftrags erfüllen, wählt der Kanton jene aus, die für die bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind, mit welchen die Planungsziele bestmöglich erreicht werden können und welche die gesetzlichen Anforderungen bestmöglich erfüllen (§ 6).

Die gesetzlichen Vorgaben gehen von einer umfassenden Spitalplanung aus, die periodisch zu überprüfen ist. Diese Planung umfasst die Bereiche der somatischen und psychiatrischen Akutversorgung wie auch der Rehabilitation und beschlägt alle Phasen von der Voruntersuchung im Spital über den Eintritt der Patientinnen und Patienten, ihre Behandlung, ihren Austritt bis zur Nachuntersuchung im Spital. Sodann ist gemäss gesetzlicher Konzeption bei einer Spitalplanung stets der gesamte Prozess zu durchlaufen, umfassend die Feststellung von Bedarf und Angebot, die Ausschreibung und die Vergabe der Leistungsaufträge, je unter Wahrung der Planungscoordination mit den anderen Kantonen.

### ***b. Anpassungsbedarf***

Die periodische umfassende Spitalplanung ist auch in der Zukunft sinnvoll. Sie stellt sicher, dass die Versorgungssituation und der Bedarf grundlegend überdacht und geprüft werden. Zulässig und nicht weiter zu regeln ist eine Spitalplanung, die alle Planungsschritte einer umfassenden Spitalplanung durchläuft, aber sich nur auf ein Segment der Spitalversorgung bezieht, d. h. auf einen einzelnen Leistungsbereich (etwa die Neurochirurgie) oder auf eine oder mehrere Leistungsgruppen innerhalb eines Leistungsbereichs (etwa NCH2 Spinale Neurochirurgie).

Neben der Möglichkeit der Spitalplanung für ein bestimmtes Segment der Spitalversorgung besteht Bedarf nach einer Anpassung der Spitalplanung, bei der nicht sämtliche Planungsschritte durchlaufen werden müssen. Schon in der heutigen Praxis erweiterte oder beschränkte der Kanton die Leistungsaufträge einzelner Spitäler in geringem Umfang, ohne dabei eine umfassende Spitalplanung durchzuführen. Dies erfolgt beispielsweise, um die Versorgung mit stationären Spitalleistungen sicherzustellen, um den Leistungsauftrag eines Spitals in geringem Umfang zweckmässig abzurunden oder um ihn aufgrund nicht mehr erfüllter Voraussetzungen zu beschränken. Die Möglichkeit solcher Anpassungen der Spitalliste ohne Durchlaufen aller Schritte einer umfassenden Spitalplanung sollen neu ausdrücklich im SPFG geregelt werden (vgl. § 8a Abs. 1 nSPFG). Im Sinne der bisherigen Praxis soll der Leistungsauftrag eines Spitals erweitert werden können, wenn dies erforderlich ist, um die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen sicherzustellen. Ebenfalls im Sinne der bisherigen Praxis soll der Leistungsauftrag eines Spitals geringfügig erweitert werden können, wenn dies aus betrieblichen Gründen des Spitals oder aus versorgungspolitischer Sicht sinnvoll erscheint. Umgekehrt soll der Leistungsauftrag eines Listenspitals beschränkt werden können, wenn es die Voraussetzungen für die Leistungserbringung in einer bestimmten Leistungsgruppe nicht mehr erfüllt, etwa, wenn es die Mindestfallzahlen pro Spital nicht mehr erreicht.

Neu soll die Spitalliste auch angepasst werden können, um die Erreichung der Planungsziele nach § 4 zu verbessern. Da es sich dabei um grössere Änderungen der Spitalliste handeln kann, sollen solche Anpassungen nur zulässig sein, wenn das Leistungsangebot gemäss Spitalliste insgesamt unverändert bleibt (vgl. § 8a Abs. 1 lit. d nSPFG). Andernfalls ist eine auf das betreffende Segment beschränkte, jedoch alle Planungsschritte umfassende Spitalplanung durchzuführen.

Auch im Fall einer nicht alle Planungsschritte umfassenden Anpassung der Spitalliste ist die Koordination der Spitalplanung mit jener der anderen Kanton sicherzustellen. Kann sich eine solche Anpassung auf die Versorgungsplanung anderer Kantone auswirken, ist ihnen deshalb Gelegenheit zu geben, sich zur Anpassung zu äussern.

Sodann ist auch bei einer in diesem Sinn verminderten Spitalplanung die Gleichbehandlung der Leistungsanbieter zu wahren. Das bedeutet, dass bei einer geplanten Erweiterung der Leistungsaufträge den infrage kommenden Spitälern Gelegenheit zu geben ist, sich um die Erweiterung zu bewerben.

### 3.2 Vergrößerung der betrieblichen Gestaltungsfreiheit der Spitäler

Nach geltendem Recht sind Leistungsaufträge relativ starr. Ergänzungen des Leistungsauftrags sind nur unter strengen Voraussetzungen möglich, die Übertragung eines Teils oder des ganzen Leistungsauftrags auf einen anderen Leistungserbringer ist ausgeschlossen (vgl. § 9a Abs. 2 SPFG) und auch die Erfüllung eines Leistungsauftrags durch ein anderes Listenspital ist unzulässig. Die Spitäler fühlen sich dadurch in ihrer betrieblichen Freiheit eingeschränkt. Sie kritisierten diesen Punkt auch in der Vernehmlassung und forderten mehr Handlungsspielraum.

Der Revisionsentwurf entspricht diesem Anliegen in gewissen Punkten. Die betriebliche Freiheit der Spitäler soll durch folgende Möglichkeiten erweitert werden:

- *Teilweiser Verzicht auf Anbieten einer Leistungsgruppe:* Der Leistungsauftrag eines Spitals umfasst eine oder mehrere Leistungsgruppen. Jede Leistungsgruppe umfasst eine Reihe von Behandlungen, denen je ein Behandlungs- oder Operationscode zugewiesen ist. Wird einem Spital eine Leistungsgruppe zugewiesen, muss es die zur Leistungsgruppe gehörenden Behandlungen anbieten und durchführen. Neu soll die Direktion einem Spital bewilligen können, auf die Durchführung eines Teils der Behandlungen einer Leistungsgruppe zu verzichten. Voraussetzung dafür ist insbesondere, dass die Versorgungssicherheit der Bevölkerung nicht beeinträchtigt wird (§ 9a Abs. 3). Diese Regelung ermöglicht beispielsweise, dass sich zwei benachbarte Spitäler, die beide über eine bestimmte Leistungsgruppe im Leistungsauftrag verfügen, die Behandlungen dieser Leistungsgruppen aufteilen.
- *Leistungserbringung an einem Nebenstandort:* Die Direktion soll fortan einem Spital bewilligen können, einen Teil seines Leistungsauftrags ausschliesslich an einem Nebenstandort zu erbringen (§ 9b Abs. 2). Voraussetzung hierfür ist, dass die Zielsetzungen der Spitalplanung (Versorgungssicherheit, hohe Behandlungsqualität, Kosteneffizienz usw.) gesamthaft betrachtet dadurch nicht eingeschränkt werden und dass der Haupt- und der Nebenstandort je für sich eine funktionale Einheit im Sinne der Legaldefinition des Spitals bleiben (vgl. § 2). Das bedeutet, dass ein Spital am Nebenstandort alle Leistungen zwischen Ein- und Austritt erbringen muss, welche die Untersuchung, Behandlung und Pflege erfordern. Diese Möglichkeit erlaubt es einem Spital beispielsweise, die Erfüllung einzelner oder mehrerer Leistungsgruppen an einen vom Hauptstandort abgesetzten Nebenstandort auszulagern.

- *Personaleinsatz in einem anderen Spital:* Schon nach geltendem Recht ist es im Rahmen des anwendbaren Personalrechts möglich, dass das Spital A eigenes Personal für einen Einsatz im Spital B delegiert. Auf eine entsprechende Regelung im SPFG kann deshalb verzichtet werden. Die Behandlung erfolgt dann unter Verantwortung des Spitals B. Das Spital B muss über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügen.

Weiterhin unzulässig sind indessen folgende Betriebsformen:

- *Verschiebung einer Patientin oder eines Patienten während des Aufenthalts an einen Nebenstandort:* Unzulässig wäre beispielsweise, wenn ein Spital die Operationen und die Erstpflege am Hauptstandort durchführen und dann die Patientinnen und Patienten an einen Nebenstandort verlagern würde. Denn die Behandlungsqualität und die Patientenbedürfnisse würden zu stark eingeschränkt, wenn Patientinnen und Patienten zwischen Ein- und Austritt zwischen verschiedenen Standorten eines Spitals verlagert würden.
- *Behandlung in einem anderen Spital:* Unzulässig wäre ferner, wenn ein Spital A seine Patientinnen und Patienten in eigenem Namen und unter Anwendung der eigenen Baserate am Spital B behandeln lassen wollte, mit oder ohne Einbezug von Personal des Spitals A. Denn dies führte zu unüberwindbaren Problemen bei der Abgrenzung der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit. Möglich ist hingegen, wenn sich eine Patientin oder ein Patient freiwillig im Spital B behandeln lässt, sofern das Spital B über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt. Diesfalls kommt die Baserate des Spitals B zur Anwendung.
- *Standortfreie Erteilung von Leistungsaufträgen:* Es ist weiterhin nicht möglich, einem Rechtsträger einen Leistungsauftrag «abstrakt», d. h. losgelöst von einem Spital zu erteilen. Leistungsaufträge werden weiterhin pro Standort erteilt. Nur so kann erreicht werden, dass die Spitalplanung in quantitativer Hinsicht bedarfsgerecht erfolgt.

### **3.3 Neues Vergütungssystem für das ärztliche Kader der kantonalen Spitäler**

Nach geltendem Recht richtet sich die Vergütung des Personals der kantonalen Spitäler (Universitätsspital Zürich [USZ], Kantonsspital Winterthur [KSW], Psychiatrische Universitätsklinik Zürich [PUK] und Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland [ipw]) nach dem kantonalen Personalrecht. Je nach Funktionsstufe erhält das ärztliche Kader (Oberärztinnen und -ärzte sowie höhere Funktionen) einen fixen Grundlohn von rund Fr. 110 000 bis Fr. 260 000 pro Jahr. Hinzu

kommen Abgeltungen für die Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten, die in ihrer Höhe variabel sind und bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten am USZ über Fr. 800 000 pro Jahr betragen. Die variablen Lohnbestandteile werden im Wesentlichen aus den sogenannten Klinikpools finanziert. Dorthin fliessen 45% der in einer Klinik erwirtschafteten Zusatzhonorare aus der Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten. Eine Reihe von Kaderärztinnen und -ärzten des USZ beziehen – neben möglichen anderen Entschädigungen aus Nebenbeschäftigungen – zudem eine Entschädigung für ihre Lehr- und Forschungstätigkeit an der Universität Zürich. Soweit diese Entschädigung mehr als Fr. 50 000 beträgt, müssen sie sie dem USZ abgeben.

Das Vergütungssystem für das ärztliche Kader ist aus folgenden Gründen unzweckmässig und nicht mehr zeitgemäss. (1) Der variable Lohnanteil aus Zusatzhonoraren ist im Vergleich zum Grundlohn zu hoch. Wie dargelegt, macht er teilweise bis zu 75% aus. Das ist problematisch, weil dadurch Fehlanreize gesetzt werden: Je mehr und je öfter Privatpatientinnen und -patienten in einer Klinik behandelt werden, desto grösser ist der Klinikpool und desto mehr Mittel stehen für die Verteilung an das ärztliche Kader zur Verfügung. Das kann zu einer medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung führen. (2) Die Höhe der variablen Lohnbestandteile sind intransparent und folgen keinen einheitlichen Regelungen. Die variablen Lohnanteile des in einer Klinik tätigen ärztlichen Kadern wird durch die Klinikdirektorinnen und -direktoren mehr oder weniger nach eigenem Gutdünken festgelegt. Über die Verteilung der Poolgelder entscheidet die Klinikdirektorin oder der Klinikdirektor allein.

Um die geschilderten Mängel zu beheben, soll ein neues Vergütungssystem für das ärztliche Kader der kantonalen Spitäler mit folgenden Grundzügen geschaffen werden: (1) Es sollen keine finanziellen Anreize für die Durchführung von unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlungen mehr bestehen. Insbesondere soll sich die Zahl der Behandlungen und der erzielte Umsatz nicht direkt auf die Höhe der Vergütung auswirken. Dies entspricht einer Vorgabe, die neu für alle Listenspitäler gelten soll (vgl. § 5 Abs. 1 lit. i nSPFG). (2) Der variable Lohnbestandteil soll höchstens 30% der gesamten Vergütung ausmachen, wobei auch diesbezüglich Fehlanreize zur Durchführung medizinisch nicht indizierter Behandlungen verhindert werden sollen. (3) Das Vergütungssystem soll für jedes kantonale Spital im Personalreglement des betreffenden Spitals geregelt werden. Dadurch lässt sich die lohnbezogene Gleichbehandlung der Kaderärztinnen und -ärzte verbessern.

Die Verankerung des neuen Vergütungssystems erfordert eine Anpassung der vier Gesetze über die kantonalen Spitäler und die Aufhebung des Gesetzes über die ärztlichen Zusatzhonorare (LS 813.14) (vgl. Kap. 4.2 und 4.3).



### 3.4 Bereinigung der Gesetzesstruktur

Das SPFG in der geltenden Fassung ist stark auf das Verfahren zur Erteilung der Leistungsaufträge an die Spitäler ausgerichtet. Das Gesetz nennt die Ziele der Spitalplanung (§ 4), bestimmt die Anforderungen an Spitäler, die einen Leistungsauftrag zugewiesen erhalten möchten (§ 5), und bezeichnet die Kriterien, gemäss denen unter den sich bewerbenden und grundsätzlich geeigneten Spitalern jene ausgewählt werden, denen ein Leistungsauftrag erteilt werden soll (§ 6). Das SPFG enthält aber keine Bestimmungen, die ausdrücklich die Erfüllung der Leistungsaufträge regeln. Die Praxis geht davon aus, dass die Anforderungen nach § 5 nicht nur anlässlich des Verfahrens zur Erteilung der Leistungsaufträge gelten, sondern auch nach deren Erteilung erfüllt sein müssen. Dies sollte ausdrücklich so geregelt werden. Zudem gibt es eine Reihe von Vorgaben an die Spitäler, die nicht bereits im Planungsverfahren gelten, sondern erst nach Erteilung der Leistungsaufträge, beispielsweise das Verbot der umfassenden oder teilweisen Übertragung eines Leistungsauftrags an ein anderes Spital. Diese und andere Regelungen sollen in einem neuen Kapitel über die Erfüllung der Leistungsaufträge verankert werden.

## 4. Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

### 4.1 Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz

#### § 2. Begriffe

*Spital*: Die Legaldefinition des Spitals gemäss geltendem Recht ist stark auf den Gesichtspunkt der Infrastruktur ausgerichtet («Gesamtheit der [...] Untersuchungs- und Behandlungseinrichtungen»). Mit dem Wort «Betrieb» soll betont werden, dass ein Spital auch über Personal und die anderen erforderlichen Mittel sowie eine Organisation zu ihrem zweckmässigen Einsatz verfügen muss.

Ein Spital muss grundsätzlich alle für die Erfüllung seines Leistungsauftrags erforderlichen Leistungen zwischen Ein- und Austritt der Patientinnen und Patienten selbst erbringen; die Verschiebung von Patientinnen und Patienten in andere Institutionen zwecks Durchführung einzelner Untersuchungs- oder Behandlungsschritte, die zum Leistungsauftrag des betreffenden Spitals gehören, widerspräche dem Begriff des Spitals als funktionale Einheit. Die von einer Patientin oder einem Patienten beanspruchten Leistungen müssen somit hindernisfrei zugänglich sein. Die Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Spital-

planung sprechen von der «räumlichen Vernetzung» eines Spitals und verlangen, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten in einem Spital «durch räumliche Kontinuität gewährleistet» ist (Empfehlungen zur Spitalplanung, Fassung vom 25. Mai 2018, S. 4). Diese Voraussetzung gilt auch für die Behandlungen, die ein Spital an einem Nebenstandort erbringt (vgl. § 9b Abs. 2). Einzig untergeordnete Nebenleistungen, die nicht direkt an den Patientinnen und Patienten selbst erbracht werden (z. B. Laboruntersuchungen), können durch Dritte erbracht werden. Zulässig ist ferner die Verschiebung in ein anderes Spital für Behandlungen, die nicht zum Leistungsauftrag des verschiebenden Spitals gehören, beispielsweise die Weiterführung einer Chemotherapie oder die Dialyse in einem Akutspital bei Patientinnen und Patienten, die in einer Reha-Klinik behandelt werden.

Ein Spital kann in den Bereichen der Akutsomatik, der Psychiatrie oder der Rehabilitation tätig sein. Der Spitalbegriff schliesst nicht aus, dass ein Spital mehrere dieser Bereiche abdeckt, auch wenn die heutige Planungs- und Finanzierungsstruktur der Spitäler auf einer klaren Trennung beruht.

Die Untersuchung, Behandlung und Pflege einschliesslich Rehabilitation erfolgen in der Regel aufgrund einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls; damit grenzt sich der Spitalbegriff vom Begriff der Langzeitpflege (Pflegeheime usw.) ab.

*Medizinische Leistungseinheit, Leistungsgruppen:* Da der Begriff der medizinischen Leistungseinheit einzig noch in der Legaldefinition von Leistungsgruppen erscheint, ist er in die Definition der Leistungsgruppen zu integrieren. Dabei ist auf das Begriffselement «auf Tarifstrukturen ausgerichteter» (Zusammenzug von Diagnosen und Behandlungen) zu verzichten, denn dieses Element ist überholt.

#### § 4. Stationäre KVG-Pflichtleistungen a. Planungsbereiche und -ziel

Das Bundesrecht enthält keinen klaren, in sich geschlossenen und an einer Gesetzesstelle platzierten Zielkatalog der Spitalplanung. Vielmehr lassen sich die Ziele nur indirekt aus einer Reihe von Vorschriften mit unterschiedlichem thematischen Kontext ableiten. Nach Art. 41 Abs. 1 Bst. b der Bundesverfassung (SR 101) haben Bund und Kantone dafür zu sorgen, dass jede Person «die für ihre Gesundheit notwendige Pflege» erhält. Gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG setzt die Abrechnung gegenüber Krankenversicherern voraus, dass die Spitäler der kantonalen Planung «für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung» entsprechen. Nach Art. 43 Abs. 6 KVG achten die Spitäler, die Versicherer und die zuständigen Behörden darauf, dass eine «qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kos-

ten» erreicht wird. Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG hingegen haben sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die Leistungen «in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen». Sodann haben die Kantone bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots insbesondere «Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung» zu berücksichtigen, ferner den «Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist» und die «Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages» (Art. 58b Abs. 4 KVV). Mit der Vorgabe einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung mit stationären Spitalleistungen wird verlangt, dass «die Methoden und die Durchführung der Behandlung dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften» entsprechen (Gebhard Eugster, in: Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz vor 2. Titel KVG N. 67). Damit wird die Verbindung zur Behandlung im Einzelfall hergestellt: Die Spitalplanung muss so erfolgen, dass den Versicherten eine Behandlung ermöglicht wird, die dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften entspricht. Gemäss diesem Kenntnisstand muss eine Behandlung wirksam (d. h. die Genesung der Patientin oder des Patienten fördernd) und zweckmässig (d. h., die medizinischen Risiken müssen die Nebenwirkungen überwiegen) sein. Darüber hinaus verlangt das Gesetz, dass die Behandlung auch wirtschaftlich ist (sogenannte WZW-Kriterien). Nur unter diesen Voraussetzungen darf ein Spital eine Behandlung gegenüber dem Versicherer abrechnen (Art. 32 KVG).

Das lose, unsystematische Zielgefüge des Bundesrechts erlaubt eine Schwerpunktsetzung im kantonalen Recht. Gemäss Art. 113 Abs. 1 der Kantonsverfassung (LS 101) sind Kanton und Gemeinden verpflichtet, für eine «ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung» zu sorgen. Nach § 1 SPFG bezweckt dieses Gesetz die Sicherstellung einer «ausreichenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung» in Spitälern. § 3 Abs. 1 SPFG hingegen, wonach der Kanton die notwendige Spitalversorgung sicherzustellen hat, legt kein Ziel der Spitalplanung fest, sondern will die früher bei Kanton und Gemeinden liegende Verantwortung für die Spitalversorgung beim Kanton konzentrieren (vgl. Weisung zum SPFG vom 19. Januar 2011, Vorlage 4763, S. 38 f.).

Das Ziel der Spitalplanung hat eine grosse Bedeutung, indem es Orientierung bei den verfahrensbezogenen und inhaltlichen Entscheidungen der Spitalplanung gibt. Insbesondere bildet es ein Auswahlkriterium für die Vergabe der Leistungsaufträge: Unter den Spitälern, die sich für einen Leistungsauftrag bewerben und die Voraussetzungen nach § 5 erfüllen, erhalten jene einen Leistungsauftrag, welche das Ziel der Spitalplanung bestmöglich erfüllen (§ 6 lit. b). Dies rechtfertigt es, das

Planungsziel im Gesetz ausdrücklich festzuhalten: Die Spitalplanung soll die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, gut zugängliche, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Bevölkerung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen sicherstellen (Abs. 3). Zu den Zielelementen im Einzelnen:

- Das Ziel der Bedarfsgerechtigkeit hat quantitativen und qualitativen Charakter: Mit der Spitalplanung sollen die stationären Leistungen in dem Umfang und in der Qualität sichergestellt werden, wie sie zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind.
- Die sicherzustellende Behandlungsqualität hat den aktuellen medizinischen Standards und den Vorgaben des KVG zu entsprechen: Die Behandlungen müssen wirksam und zweckmässig sein.
- Die Leistungen müssen gut zugänglich sein. Bei dringlichen Behandlungen (Notfällen) ist dies ein Gebot der medizinischen Sicherheit: Notfallstationen sollen für alle Einwohnerinnen und Einwohner unbesehen ihres Wohnortes in kurzer Zeit erreicht werden können. Die gute Zugänglichkeit der medizinischen Leistungen spielt aber auch mit Blick auf integrierte Behandlungspfade eine immer grössere Rolle, indem es medizinisch sinnvoll sein kann, rehabilitative Leistungen akutspitalnah anzubieten. Nicht zuletzt entspricht die gute Zugänglichkeit der medizinischen Leistungen einem Bedürfnis vieler Patientinnen und Patienten, wobei hier zu betonen ist, dass die Zentrumsspitäler von jedem Ort im Kanton in höchstens einer Stunde erreichbar sind, einer im interkantonalen und internationalen Vergleich sehr kurzen Zeit.
- Das Ziel der wirtschaftlichen Tragbarkeit ist weit zu verstehen. Es umfasst die kostengünstige Erbringung der hinsichtlich Umfang und Qualität definierten Leistungen im Sinne von Art. 58b Abs. 4 Bst. a KVV, aber auch Vorkehrungen, die auf die kostensenkende Koordination der Leistungen der Spitäler, die optimale Nutzung ihrer Mittel und die Verhinderung von Überkapazitäten oder medizinisch nicht indizierten Behandlungen zielen. Die wirtschaftliche Tragbarkeit nimmt Bezug auf die Vorgabe nach Art. 39 KVG, wonach eine Leistung nur dann durch Kanton und Krankenversicherer abgegolten wird, wenn sie wirtschaftlich ist. Das ist dann der Fall, wenn der medizinische Nutzen einer Leistung ihre Kosten überwiegt.
- Schliesslich zielt die Spitalplanung auf die langfristige Gewährleistung von stationären Spitalleistungen. Das kann erreicht werden mit Spitalern, die hinsichtlich ihrer Eigentümerstrategie und Investitionspolitik keine kurzfristig realisierbaren Gewinne anstreben, sondern auf eine konstante Leistungserbringung jedenfalls über die gesamte Dauer der ordentlichen Planungsperiode bzw. über die Dauer des Leistungsauftrags angelegt sind.

Andere Kantone haben ähnliche Ziele der Spitalversorgung festgelegt. Im Kanton Bern soll die Spitalversorgung «allgemein zugänglich, bedarfsgerecht, von guter Qualität und wirtschaftlich» sein (Art. 3 Spitalversorgungsgesetz [BSG 812.11]). Im Kanton St. Gallen dient die Spitalversorgung der Sicherstellung einer «bedarfsgerechten und zeitgemässen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen stationären Spitalversorgung [...] unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, Zugang von Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie der langfristigen Versorgungssicherheit» (Art. 6 Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung [sGS 320.1]). Zweck des Luzerner Spitalgesetzes ist die Gewährleistung einer «wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Spitalversorgung für die Kantonseinwohnerinnen und -einwohner (§ 1 lit. a Spitalgesetz [SRL 800a]). Ähnlich wird im Kanton Aargau eine Spitalversorgung angestrebt, die den «Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» Rechnung trägt (§ 3 Abs. 1 lit. a Spitalgesetz [SAR 331.200]).

Bei den im geltenden Abs. 3 aufgeführten Punkten handelt es sich nicht um oberste Ziele der Spitalplanung, sondern um Massnahmen, welche die Erreichung des Planungsziels gemäss dem neuen Abs. 3 fördern. Der Einleitungssatz zu Abs. 4 (bisher Abs. 3) ist in diesem Sinn anzupassen.

#### § 5. b. Anforderungen an die Leistungserbringer

Wie in Kap. 3.1 dargelegt, müssen Spitäler die in § 5 genannten Voraussetzungen erfüllen, um einen Listenplatz zu erhalten und zu behalten. Die Anforderungen des geltenden Rechts sind zu präzisieren (Abs. 1 lit. c) und zu ergänzen (Abs. 1 lit. h–j).

*Zu Abs. 1 lit. c:* Gemäss der geltenden Fassung müssen Spitäler, die einen Leistungsauftrag erhalten wollen, «ein den Bundesvorgaben genügendes Qualitätssicherungskonzept nachweisen». Aufgrund der Vorgaben des Bundesrechts ist diese Voraussetzung zu eng. Gemäss Art. 58 KVG kann der Bundesrat «systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität» vorschreiben (Abs. 1), wobei diese Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen werden können (Abs. 2). Der Bundesrat hat auch zu regeln, mit welchen Massnahmen die Qualität zu sichern ist. Insbesondere kann er für besonders kostspielige Untersuchungen und Behandlungen die Zustimmung einer Vertrauensärztin oder eines Vertrauensarztes vorschreiben oder besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen und Behandlungen nur von dafür qualifizierten, näher bezeichneten Leistungserbringern durchführen lassen (Abs. 3). Der Bundesrat hat die Qualitätssicherung weitgehend an die Tarifpartner delegiert. In diesem Sinne müssen die Leistungserbringer Konzepte und Programme

über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Qualitätsförderung erarbeiten, wobei die Modalitäten der Qualitätskontrollen in Verträgen mit den Versicherern zu regeln sind. Die Regelungen haben den anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (Art. 77 Abs. 1 KVV). Gestützt darauf haben die Leistungserbringer, die Versicherer und die Kantone beispielsweise einen Rahmenvertrag abgeschlossen, der ein vom Verein ANQ moderiertes nationales Qualitätsmessprogramm vorsieht. Ein anderer Vertrag führte zur Gründung des Vereins Outcome. Weitere Beispiele sind der Q-Vertrag der Labore oder die Initiative Qualitätsmedizin (IQM), an der sich zahlreiche Spitäler beteiligen.

Gemäss Änderung des KVG vom 21. Juni 2019 (BBl 2019, 4469; Inkrafttreten am 1. Januar 2021) hat der Bundesrat zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (BBl 2019, 4469) die Ziele der Qualitätsentwicklung festzulegen (Art. 58 nKVG). Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer schliessen gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung ab (Qualitätsverträge; Art. 58a nKVG), die unter anderem Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen regeln. Auch für die Vergabe der Leistungsaufträge bestehen Qualitätsvorgaben des Bundesrechts. Bei der Beurteilung und Auswahl der Spitäler, die einen Leistungsauftrag erhalten möchten, haben die Kantone insbesondere die Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 Bst. a KVV) und dabei unter anderem den Nachweis der notwendigen Qualität zu verlangen (vgl. Abs. 5 Bst. b). Der Entwurf zur Revision der KVV von Januar 2020, die ebenfalls auf den 1. Januar 2021 in Kraft treten soll, konkretisiert diese Vorgaben weiter. So sollen die Kantone im Rahmen der Erteilung der Leistungsaufträge die Einhaltung folgender Mindestanforderungen prüfen müssen: leistungsgruppenbezogene Dotation der Spitäler mit Fachpersonal und Einbezug bedarfsgerechter Expertise (Art. 58d Abs. 3 Bst. a E-KVV), Beteiligung an nationalen Qualitätsmessungen (Bst. b), Vorliegen einer Sicherheitskultur, insbesondere Anwendung eines Fehler- und Schadensmeldesystems samt Anschluss an ein Reporting-Netzwerk (Bst. c), Betreiben eines Qualitätsmanagementsystems (Bst. d), Anwendung professioneller Standards (Bst. e) und Gewährleistung der Medikationssicherheit (Bst. f).

Aufgrund der zunehmend detaillierten Regelung der Qualitätsvorgaben durch das Bundesrecht soll von den Spitalern, die sich um einen Leistungsauftrag bewerben, deshalb verlangt werden, dass sie die bundesrechtlichen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung erfüllen. Nach geltendem Bundesrecht bedeutet dies wie dargelegt, dass sie die in den Verträgen mit den Versicherern festgelegten Quali-

tätskontrollen durchführen und dass die Kantone den Nachweis der notwendigen Qualität prüfen. Mit der neu vorgesehenen dynamischen Verweisung auf das Bundesrecht werden die zukünftigen Qualitätsanforderungen des Bundesrechts, insbesondere die genannten KVG- und KVV-Revisionen, eingefangen. Dies trägt zur Vereinheitlichung der Qualitätsvorgaben aller Listenspitäler in der Schweiz bei.

Was die Wirtschaftlichkeit betrifft, schreibt das Bundesrecht vor, dass die Leistungen der Spitäler wirtschaftlich sein müssen (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Leistungserbringer müssen sich bei der Leistungserbringung auf das im Interesse der Versicherten Liegende und für den Behandlungszweck Erforderliche beschränken (Art. 56 Abs. 1 KVG). Die Tarifpartner sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor (Abs. 5) und legen dort eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest (Abs. 6). Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen haben die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit bzw. Effizienz der Leistungserbringung zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 Bst. a und Abs. 5 Bst. a E-KVV). Die erwähnte Vernehmlassungsvorlage zur Revision der KVV sieht konkretisierend vor, dass die Wirtschaftlichkeit der Spitäler aufgrund eines Vergleichs der schweregradbereinigten Kosten für stationäre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beurteilt wird (Art. 58d Abs. 1 E-KVV).

Das Bundesverwaltungsgericht hat eine reichhaltige Rechtsprechung zur Frage der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und zu den Methoden ihrer Feststellung entwickelt. Durch die in § 5 Abs. 1 lit. c vorgesehene Verweisung auf die Wirtschaftlichkeitsvorgaben des Bundesrechts wird diese Rechtsprechung übernommen und allfällige Weiterentwicklungen des Bundesrechts nachvollzogen.

*Zu Abs. 1 lit. h:* Leistungsaufträge werden aus Gründen der Planungssicherheit für einen längeren Zeitraum erteilt. Bisher musste nicht dargelegt werden, dass ein Leistungserbringer mittel- bis langfristig nachhaltig finanziert ist. Das ist nicht selbstredend der Fall, denn umfangreiche Investitionen in die Infrastruktur können die wirtschaftlichen Perspektiven stark belasten. Umgekehrt kann auch die Unterlassung von Investitionen die Nachhaltigkeit des Betriebs beeinträchtigen. Auch diese Vorgabe wird die Gesundheitsdirektion in Richtlinien präzisieren oder einschlägige Verbandsrichtlinien für verbindlich erklären (vgl. § 5 Abs. 2). Die Präzisierung könnte dahingehen, dass die Bewerber für einen Leistungsauftrag der Direktion einen mehrjährigen Finanzplan mit einer Planerfolgsrechnung, -bilanz und -geldflussrechnung einzureichen haben. In einem vereinfachten Ansatz wäre denkbar, lediglich die einzureichenden Schlüsselindikatoren zu definieren.

*Zu Abs. 1 lit. i und j:* Kantone und Versicherer haben Leistungen eines Spitals zu vergüten, sofern diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG; sogenannte WZW-Kriterien). Gemäss Rechtsprechung ist eine Leistung wirksam, wenn sie geeignet ist, den angestrebten medizinischen Nutzen zu fördern. Eine Leistung gilt als zweckmässig, wenn der medizinische Nutzen die medizinischen Risiken überwiegt. Wirtschaftlich ist eine Leistung dann, wenn der medizinische Nutzen die Kosten überwiegt. Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind gradueller Natur: Unter allen zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen gibt es solche die zweckmässiger bzw. wirtschaftlicher sind als andere. Die beiden Kriterien hängen nicht voneinander ab: Es gibt Behandlungen, die sehr zweckmässig, aber unwirtschaftlich sind, und umgekehrt. Die Wahl der optimalen Behandlung beruht deshalb auf einer Gesamtbeurteilung.

Im 2018 betrug der Personalaufwand der Akutspitäler rund 65% und jener der psychiatrischen Kliniken rund 75% des Gesamtumsatzes (PricewaterhouseCoopers, Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2018, S. 12 und 22). Nach einer anderen Untersuchung beträgt der Anteil der Vergütungen für die an den Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte 28% der Personalkosten, mithin rund 20% des Gesamtumsatzes des Spitals. Die Vergütungssysteme der Spitäler für Ärztinnen und Ärzte sind sehr unterschiedlich. Viele Spitäler sehen einen Grundlohn vor, der mit einem variablen, zum Teil recht grossen Lohnbestandteil ergänzt wird, der seinerseits meist über die Honorare aus der Behandlung von Zusatzversicherten oder von Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern finanziert ist. Andere Spitäler entrichten ihren Ärztinnen und Ärzten jedoch nur einen festen Grundlohn, unter Umständen ergänzt mit einem verhältnismässig tiefen variablen Lohnanteil.

Es gibt gute Gründe, den Spitälern bei der Wahl und Ausgestaltung des Vergütungsmodells für ihr ärztliches Personal grosse betriebliche Freiheit zu lassen. Dadurch wird der Wettbewerb unter den Spitälern gefördert (vgl. § 1 Satz 2 SPFG). Allerdings muss sichergestellt sein, dass das Vergütungssystem keine Anreize zur Vornahme von Behandlungen setzt, die im vorstehend dargelegten Sinn unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sind. Denn dadurch würden die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung beeinträchtigt.

Ein solcher Anreiz zur Durchführung von medizinisch nicht oder nicht klar indizierten Behandlungen besteht grundsätzlich dann, wenn sich die Durchführung einer Behandlung in erheblichem Mass auf die Vergütung der Ärztin oder des Arztes auswirkt. Das soll verhindert werden: Gemäss Abs. 1 lit. i soll das Vergütungssystem eines Spitals



für angestellte Ärztinnen und Ärzte keine Anreize für eine unwirksame, unzweckmässige oder unwirtschaftliche Leistungserbringung aufweisen. Insbesondere sollen sich die Menge und die Art der von einer Ärztin oder einem Arzt veranlassten, durchgeführten oder begleiteten Behandlungen wie auch der mit den Behandlungen erzeugte Umsatz nicht in wesentlicher Weise auf ihre oder seine Vergütung auswirken. Eine allfällige Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg des Spitals oder einer Klinik darf nicht so hoch sein, dass daraus spürbare Fehlanreize für die Vornahme nicht oder nicht klar indizierter Eingriffe entstehen. Der Anreiz darf nicht so stark sein, dass damit gerechnet werden muss, dass die Ärztin oder der Arzt eine Behandlung allein deshalb vornimmt, um die eigene Vergütung zu erhöhen.

Für die vier kantonalen Spitäler ist das Verbot direkt mengen- oder umsatzabhängiger Vergütungsbestandteile in den betreffenden Spitalerlassen zu konkretisieren (vgl. Kap. 4.3 und 4.4).

In anderen Kantonen bestehen ähnliche Regelungen: Im Kanton Aargau dürfen Listenspitäler Ärztinnen und Ärzten keine «direkt von Fallzahlen abhängigen Bonifikationen» ausrichten (§ 2 Abs. 2 lit. o Verordnung über die Spitalliste [SAR 331.215]). Gemäss einer mündlichen Auskunft schreibt der Kanton Basel-Stadt in den Leistungsvereinbarungen mit den Listenspitälern offenbar vor, dass keine mengen- oder umsatzabhängigen Boni ausbezahlt werden dürfen. Im Kanton Solothurn werden Leistungsaufträge mit der Auflage erteilt, dass «direkt fallzahlabhängige Bonuszahlungen» ausgeschlossen sind (§ 12<sup>bis</sup> Abs. 1 lit. d Verordnung über die Spitalliste [BGS 817.116]). Im Kanton Zug hat sich die Leistungskomponente der Kaderärztinnen und Kaderärzte des Kantonsspitals an der Qualität und der Wirtschaftlichkeit zu orientieren, nicht aber an der Menge der von ihnen erbrachten Leistungen. Der Kanton Bern möchte die Problematik im Sinne einer Transparenzregelung angehen: Die Listenspitäler sollen die Löhne der angestellten Chefärztinnen und -ärzte der kantonalen Verwaltung in anonymisierter Form melden, worauf die Löhne jährlich in geeigneter Form im Internet veröffentlicht werden sollen (Art. 51a Abs. 1 und 3 des Vorentwurfs vom 5. Dezember 2019 zur Teilrevision des Spitalversorgungsgesetzes).

Im Vorentwurf für die vorliegende Gesetzesrevision war das Fehlen von Fehlanreizen zu unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlungen nicht als Anforderung an die Listenspitäler formuliert, sondern als Auswahlkriterium unter den Spitalern, die sich für einen Leistungsauftrag beworben haben (§ 6 Abs. 1 lit. c VE-SPFG). Dagegen wurde vorgebracht, dass hier in unzulässiger Weise in die Wirtschafts- und Unternehmensfreiheit der Spitäler eingegriffen werde. Die WZW-Kriterien würden den Output der Gesundheitsdienstleis-

tungen regeln, nicht aber die Vergütungssysteme als Input dieser Leistungen. Die Einwände greifen nicht. Der Kanton ist berechtigt und verpflichtet, mit planerischen Vorkehrungen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen sicherzustellen. Er hat nicht nur die Möglichkeit, Spitalern, die diese Vorgaben nicht erfüllen, keinen Leistungsauftrag zu erteilen. Sondern er kann die Einhaltung dieser Vorgaben auch durch Regelungen sicherstellen, welche die Modalitäten der Leistungserbringung betreffen, beispielsweise durch Mindestfallzahlen oder durch Vorgaben zur Personaldotation zwecks Sicherung der Behandlungsqualität oder eben durch Vorgaben zum Vergütungssystem, um Fehlanreize für nicht indizierte Behandlungen zu verhindern.

Anders als die von einem Spital angestellten Ärztinnen und Ärzte beziehen die an einem Spital tätigen Belegärztinnen und -ärzte kein festes Salär des Spitals. Vielmehr fliessen ihnen die Vergütungen der Versicherer für die Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten und von Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern direkt zu, wobei sie dem Spital eine Abgeltung für die Nutzung der Infrastruktur und für medizinische und pflegerische Supportleistungen zu entrichten haben. Für nur Grundversicherte erhalten sie vom Spital in der Regel eine fallbezogene Vergütung. Die Höhe der Vergütung der Belegärztinnen und -ärzte hängt deshalb unmittelbar und in erheblichem Mass von dem von ihnen erzielten Umsatz ab. Deshalb besteht hier ein Anreiz zur Durchführung von medizinisch nicht oder nur schwach indizierten Behandlungen. Die Listenspitäler sollen deshalb mit geeigneten Massnahmen sicherstellen, dass die Belegärztinnen und -ärzte nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen erbringen und insbesondere keine medizinisch nicht indizierten Behandlungen vornehmen (*lit. j*). Infrage kommt beispielsweise die Einrichtung von sogenannten Indikationsboards, bei denen eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten vor Durchführung einer Behandlung deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit beurteilt. Möglich wäre auch eine spitalinterne Weisung, wonach vor Durchführung einer Behandlung eine (externe) ärztliche Zweitmeinung eingeholt werden muss, wobei sich die Zweitmeinung insbesondere über die Notwendigkeit und Zweckmässigkeit der geplanten Behandlung zu äussern hat. Ein weiterer Ansatz besteht darin, eine anstehende Behandlung gemeinsam durch Ärztinnen und Ärzte beurteilen zu lassen, die aufgrund ihrer Fachrichtung unterschiedliche Ansätze für die Behandlung der Patientin oder des Patienten verfolgen, z. B. invasive und nichtinvasive Behandlungsweisen.

Die Problematik von Fehlanreizen zu medizinisch nicht indizierten Behandlungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht nicht nur bei nur Grundversicherten, sondern in besonderem Mass auch bei Zusatzversicherten. Der Kanton und die Krankenversicherer sind auch davon betroffen, denn sie haben die bei Grundversicherten geschuldete Vergütung (Sockelbeitrag) auch bei den Zusatzversicherten zu entrichten.

Mit den erläuterten Ergänzungen der Anforderungen an die Listenspitäler wird Massnahme 3 des Berichts der Expertengruppe Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 24. August 2017 umgesetzt. Gemäss dieser Massnahme sollen «Spitäler mit mengenabhängigen Bonusvereinbarungen oder Kickbacks» von der Erteilung eines Leistungsauftrags ausgeschlossen sein (S. 34). Der Entwurf von Januar 2020 zur Revision der KVV schreibt vor, dass die Auflagen zum Leistungsauftrag eines Spitals ein «Verbot unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme zur Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» enthalten müssen. Gemäss den Erläuterungen dazu sind insbesondere mengenabhängige Boni sowie Kickbacks an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für die Vermittlung von Patientinnen und Patienten verboten (S. 15).

Der Vernehmlassungsentwurf zur vorliegenden Gesetzesrevision sah ein von Fehlanreizen freies Entschädigungssystem nicht als Anforderung an die Spitäler, sondern nur als Auswahlkriterium unter den sich für einen Leistungsauftrag bewerbenden Spitälern vor (§ 6 Abs. 1 lit. c VE-SPFG). Diese Regelung wurde teils begrüsst, teils mit der Begründung abgelehnt, dass der Kanton die Einhaltung der WZW-Kriterien nur hinsichtlich der vom Spital erbrachten Leistungen (Output) zu prüfen habe, nicht aber hinsichtlich der einzelnen Kostenfaktoren wie beispielsweise den Abgeltungen für das Spitalpersonal. Vorgaben zur Ausgestaltung des Entschädigungssystems würden unzulässigerweise in die Wirtschaftsfreiheit der Spitäler und Belegärztinnen und -ärzte eingreifen und die Unternehmensfreiheit der Spitäler beeinträchtigen. Die Einwände sprechen nicht gegen die Verankerung der Anforderung an die Listenspitäler gemäss lit. i und j. Denn der Kanton ist berechtigt, weitere Anforderungen an die Spitäler, die einen Leistungsauftrag erhalten, festzulegen, sofern die Anforderungen im Einklang mit den Zielsetzungen des KVG – qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Leistungserbringung – stehen.

#### § 7. d. Leistungsaufträge und Spitalliste

Gemäss geltendem Abs. 1 «genehmigt [der Regierungsrat] die Spitalplanung und beschliesst die Spitalliste, mit der den Spitälern und Geburtshäusern die Leistungsaufträge [...] zugesprochen werden.» In der Spitalplanung 2012 kam es nicht zu einer förmlichen Genehmigung der Spitalplanung durch den Regierungsrat, sofern man einen solchen Schritt nicht in der Festsetzung der Spitalliste erblicken will. Vielmehr legte der Regierungsrat wichtige Zwischenschritte im Planungsprozess fest. So beauftragte er am 2. Juli 2008 die Gesundheitsdirektion, eine neue Spitalplanung vorzubereiten (RRB Nr. 1040/2008). In der Folge ermittelte die Direktion den Versorgungsbedarf und evaluierte die zur Deckung des Bedarfs infrage kommenden Spitäler. Die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens wurden im sogenannten Strukturbericht dargestellt und gestützt darauf der Entwurf der Zürcher Spitalliste 2012 verfasst. Der Regierungsrat ermächtigte die Direktion am 11. Mai 2011 zur Durchführung eines Vernehmlassungsverfahrens über den Strukturbericht und den Entwurf der Spitalliste (RRB Nr. 612/2012). Für die Spitalplanung 2023 ist das gleiche Vorgehen vorgesehen. Auf die gesetzliche Verpflichtung des Regierungsrates zur Genehmigung der Spitalplanung ist deshalb zu verzichten.

Zentrales Element des Abschlusses der Spitalplanung ist die Erteilung der Leistungsaufträge an die Spitäler. Die Spitalliste ist lediglich eine tabellarische Darstellung der den Spitälern zugewiesenen Leistungsgruppen. Die Leistungsaufträge gehen darüber hinaus, indem deren Inhalt wie auch die Art und Weise ihrer Erfüllung in den Anhängen zur Spitalliste konkretisiert werden. In *Abs. 1 lit. a* ist der Regierungsrat deshalb zu verpflichten, den Spitälern und Geburtshäusern Leistungsaufträge zu erteilen und die in Leistungsgruppen gegliederte Spitalliste festzusetzen.

Nach dem geltenden § 7 Abs. 2 dürfen die Leistungserbringer die ihnen erteilten Aufträge nicht übertragen. Diese Regelung ist als § 9a Abs. 2 im neuen Kapitel über die Erfüllung der Leistungsaufträge unterzubringen und kann hier weggelassen werden.

Gemäss geltendem Abs. 3 lit. a sind im Anhang zur Spitalliste «die den Leistungsgruppen zugrundeliegenden medizinischen Leistungseinheiten» festzulegen. Damit ist die Zuweisung der einzelnen Untersuchungen und Behandlungen zu den Leistungsgruppen gemeint, also die Festlegung, welche Untersuchungen und Behandlungen ein Spital durchführen darf, dessen Leistungsauftrag eine bestimmte Leistungsgruppe umfasst. Für den Bereich der Akutsomatik und der Rehabilitation hat der Regierungsrat diese Zuweisung in den beiden Anhängen *Definition der akutsomatischen Leistungsgruppen* und *Definition der rehabilitativen Leistungsgruppen* zu den Spitallisten Akutsomatik und Rehabilita-

tion 2012 vorgenommen (vgl. RRB Nr. 1134/2011). Die nachfolgenden, in der Regel jährlich vorgenommenen Anpassungen dieser Anhänge erfolgten gestützt auf § 7 Abs. 6 SPFG durch die Gesundheitsdirektion. Technisch gesehen, geht es im Bereich der Akutsomatik um die Zuweisung von über 30 000 Untersuchungs- und Behandlungs-codes zu den gut 130 Leistungsgruppen der Spitalliste Akutsomatik. Die Zuweisung erfordert detailliertes medizinisches Fachwissen, weshalb der Regierungsrat den Inhalt der Leistungsgruppen lediglich grob umschreiben soll (*Abs. 1 lit. a*), während die Gesundheitsdirektion zu ermächtigen ist, die einzelnen Codes der anerkannten Diagnose- und Behandlungskataloge (Schweizerischer Operationskatalog CHOP und internationales Diagnoseverzeichnis ICD) den Leistungsgruppen zuzuweisen (*Abs. 2 lit. a*). Die Gesundheitsdirektion arbeitet hier eng mit den ärztlichen Fachgesellschaften zusammen.

Nach geltendem Abs. 3 lit. b hat der Regierungsrat im Anhang zur Spitalliste auch «die mit den Leistungsaufträgen verbundenen generellen Anforderungen insbesondere an Infrastruktur und Personal» festzulegen, wobei die weiteren Anpassungen des Anhangs an die medizinischen Entwicklungen durch die Direktion erfolgen kann (vgl. § 7 Abs. 6 SPFG). Für diese Möglichkeit der Direktion – *Anpassung* der vom Regierungsrat festgelegten generellen Anforderungen – besteht in der Praxis kein Bedarf. Hingegen soll die Direktion, ebenfalls der heutigen Praxis folgend, die vom Regierungsrat festgelegten Anforderungen durch weitere Anforderungen der Direktion *konkretisieren* können. Ferner erwies sich, dass nicht nur generelle (d. h. für alle Spitäler und alle Leistungsgruppen geltende) Anforderungen festgelegt werden können sollten, sondern auch solche, die nur eine einzelne Leistungsgruppe betreffen (sogenannte leistungsspezifische Anforderungen). In diesem Sinn soll der Regierungsrat die mit den Leistungsaufträgen verbundenen Anforderungen festlegen (*Abs. 1 lit. b*), wobei die Gesundheitsdirektion zu ermächtigen ist, diese Anforderungen weiter auszuführen (*Abs. 2 lit. b*).

Nach geltendem Recht (Abs. 3 lit. b) machen die generellen Anforderungen den Spitätern Vorgaben insbesondere in den Bereichen Infrastruktur und Personal. Damit wird der Bezug zu Art. 39 Abs. 1 Bst. b und c KVG hergestellt, wonach Spitäler unter anderem dann zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind, wenn sie über das erforderliche Fachpersonal und die zweckentsprechenden medizinischen Einrichtungen verfügen. Die nicht abschliessende Aufzählung der Bereiche, in denen weitere Anforderungen an die Erfüllung der Leistungsaufträge gestellt werden können, soll erweitert werden (*Abs. 1 lit. c*):

- Hinsichtlich der *Qualität* der Leistungserbringung werden gemäss den geltenden Anhängen zur Spitalliste für verschiedene Leistungsbereiche Zertifikate zur Prozess- und Strukturqualität verlangt, ferner der Nachweis einer guten Indikations- und Ergebnisqualität, die Einrichtung von Indikationsboards und die Führung verschiedener Register. Die Einführung von Qualitätscontrollings auf kantonaler Ebene ist bundesrechtskonform (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5603/2017 vom 14. September 2018, E. 14.2). Die bisherigen Vorgaben sollen grundsätzlich aufrechterhalten und künftig, wo angezeigt, erweitert werden.
- Vorgaben zu *Mindestfallzahlen* entsprechen der heute geltenden und gerichtlich geschützten, auf Bundesrecht gestützten Praxis. Zulässig ist sowohl die Vorgabe von Mindestfallzahlen pro Spital als auch pro Operateurin oder Operateur (erwähntes Urteil, E. 7.7).
- Neu soll ermöglicht werden, den Spitälern Vorgaben für die *Bewältigung ausserordentlicher Lagen* zu machen. Die Erfahrungen im Frühling 2020 mit der Corona-Pandemie zeigten auf, dass eine solche Vorbereitung unumgänglich ist, um eine Epidemie oder Pandemie zu bewältigen.
- Was den *Datenschutz* und die *Informationssicherheit* betrifft, haben die Listenspitäler die Vorgaben des Gesetzes über die Information und den Datenschutz vom 12. Februar 2007 (IDG, LS 170.4) einzuhalten. Informationssicherheit ist weit zu verstehen: Der Begriff umfasst die Sicherheit aller Daten eines Spitals vor unberechtigtem Zugriff wie auch beispielsweise den Schutz des IT-Systems eines Spitals vor Cyberangriffen. Der Regierungsrat kann die diesbezüglichen Anforderungen spezifisch für das Gesundheitswesen ausgestalten und für Spitäler konkretisieren, z. B. durch die Vorgabe, dass Listenspitäler ein Datenschutzmanagementsystem aufzubauen haben, das die Verantwortlichkeiten klar regelt, bei dem genügend Mittel zur Verfügung stehen und das die Schnittstellen zum Risikomanagement, zum Qualitätsmanagement und zur Compliance festlegt.

Die Form der Anforderungen wird bewusst offengelassen. Nach geltender Praxis werden sie in den Anhängen zur Spitalliste festgelegt. Rechtlich betrachtet handelt es dabei um Auflagen zu den als Verfügungen ergangenen Leistungsaufträgen. Die Anforderungen können als konkrete Vorgaben über die Modalitäten der Erfüllung des Leistungsauftrags gefasst werden, aber etwa auch als Vorgabe, dass ein Spital bestimmte Standards einhalten muss oder dass es gewisse Prozesse oder bestimmte Bereiche zertifizieren lassen muss. Die Anforderungen könnten aber auch in generell-abstrakter Weise in der Form einer Verordnung vorgegeben werden.

### § 8. e. Geltungsdauer

Der geltende § 8 Satz 1 schreibt vor, dass Leistungsaufträge grundsätzlich unbefristet erteilt werden. Dieser Grundsatz wird relativiert durch die Vorgabe von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG, wonach Spitäler ihre Leistungen dann gegenüber den Krankenversicherern abrechnen dürfen, wenn sie der kantonalen Planung «für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung» entsprechen. Erweist sich, dass eine Spitalplanung nicht bedarfsgerecht ist, muss sie überarbeitet werden, was zur Beendigung des Leistungsauftrags eines Spitals führen kann. In diesem Sinne gelten Leistungsaufträge in jedem Fall längstens bis zur nächsten umfassenden Spitalplanung und der gestützt darauf erteilten Leistungsaufträge, selbst wenn dies in den Leistungsaufträgen nicht ausdrücklich so festgehalten ist. Deshalb ist in *Abs. 1* zu regeln, dass die Leistungsaufträge auf die Geltungsdauer der aktuellen gültigen Spitalliste samt ihren meist jährlich erfolgenden Anpassungen (vgl. § 8a) befristet sind. Um die erforderliche Flexibilität zu erhalten, soll die Geltungsdauer der Spitalliste im Gesetz nicht geregelt werden. Zurzeit kann grob von einem zehnjährigen Intervall der Spitalplanung ausgegangen werden. Je nach Entwicklung des Gesundheitswesens kann aber schon eine frühere umfassende Revision der Spitalplanung oder ein weiteres Zuwarten angezeigt sein. Im Kanton St.Gallen beispielweise beträgt das ordentliche Planungsintervall fünf Jahre (Ziff. 1 des Anhangs 2 zum Regierungsratsbeschluss über die Spitalliste Akutsomatik [sGS 331.41]).

In der Vernehmlassung wurde diese Regelung mehrheitlich kritisiert. Eine nicht festgelegte Geltungsdauer der Spitalliste führe wegen der meist langfristigen Investitionstätigkeit eines Spitals zu Planungsunsicherheit. Die Spitäler seien auf einen langfristigen Planungshorizont angewiesen. Es trifft zu, dass jede neue Spitalplanung für die Spitäler zu Unsicherheiten führt. Das ist aber unvermeidbar, denn der Kanton ist, wie erwähnt, von Gesetzes verpflichtet, die Spitalplanung aktuell zu halten. Einem Spital kann deshalb nicht zugesichert werden, dass sein Leistungsauftrag zeitlich unbeschränkt, d. h. über die ordentliche Planungsperiode hinaus, weiterbesteht. Dass Investitionen eines Spitals zum Zeitpunkt des Neuerlasses einer Spitalliste noch nicht vollständig abgeschlossen sind, ist deshalb unvermeidbar. Weiter wurde in der Vernehmlassung gefordert, eine Mindestdauer des Planungsintervalls von z. B. fünf Jahren im Gesetz festzulegen. Auch diese Anregung soll nicht übernommen werden. Eine neue umfassende Spitalplanung dauert mindestens drei bis vier Jahre. Da die Spitäler frühzeitig über den Beginn eines neuen Planungsprozesses informiert werden, erhalten sie auch ohne Festlegung einer Mindestdauer des Planungsintervalls eine genügende Planungssicherheit.

Leistungsaufträge (bzw. die Zuweisung einer oder mehrerer Leistungsgruppen an ein Spital) sollen auf eine kürzere Zeit befristet werden können (*Abs. 2*). Schon nach geltendem Recht ist dies etwa dann möglich, wenn ein Spital die Anforderungen für die Leistungserbringung noch nicht oder nicht mehr umfassend erfüllt. Eine Befristung kann aber auch rein planerisch geboten sein, beispielsweise, wenn die Konzentration einzelner Leistungsgruppen geboten erscheint, im Zeitpunkt der Spitalplanung aber noch nicht spruchreif ist. Diesfalls sollen einem Spital die betreffenden Leistungsgruppen einstweilen nur für eine befristete Zeit zugewiesen werden. Ebenso muss ein Leistungsauftrag befristet werden können, wenn die Mittel eines bestimmten Spitals nur noch für eine Übergangszeit zur Deckung des Bedarfs benötigt werden. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn ein Leistungserbringer beim Wirtschaftlichkeitsvergleich einem anderen Leistungserbringer unterliegt, Letzterer jedoch zuerst die Infrastruktur für die Erfüllung des Leistungsauftrags aufbauen muss. *Abs. 2* sieht deshalb vor, dass Leistungsaufträge auf eine kürzere Zeit als die ordentliche Geltungsdauer gemäss *Abs. 1* befristet werden können, wobei es einem Spital freisteht, einen solchen zeitlich verkürzten Leistungsauftrag anzunehmen.

Leistungsaufträge sollen während des laufenden ordentlichen Planungsintervalls für jede Partei kündbar sein. Der Regierungsrat kann einen Leistungsauftrag kündigen, wenn mit einer Kündigung des Leistungsauftrags (und eventuell einer entsprechenden Erweiterung des Leistungsauftrags eines anderen Spitals) das Planungsziel besser erreicht werden kann (*Abs. 3*). Wenn sich z. B. zeigt, dass die Leistungen einer Leistungsgruppe mit einer entsprechenden Konzentration qualitativ besser und wirtschaftlicher erbringen lassen als mit einer dezentralen Erfüllung, soll eine entsprechende Beschränkung des Leistungsauftrags der dezentralen Leistungserbringer möglich sein. *Abs. 3* sieht deshalb vor, dass Leistungsaufträge mit einer dreijährigen Kündigungsfrist von jeder Partei auf das Jahresende ganz oder teilweise gekündigt werden können. Im gegenseitigen Einvernehmen zwischen Spital und Kanton können Leistungsaufträge selbstverständlich jederzeit aufgehoben werden; dies bedarf keiner Regelung im Gesetz. Die Kündigungsfrist von drei Jahren ist grosszügig und schafft zureichend Planungssicherheit für die Spitäler. Im Kanton St. Gallen kann der Kanton die Spitalliste bei verändertem Bedarf unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten anpassen (*Ziff. 3 des Anhangs 2 zum Regierungsratsbeschluss über die Spitalliste Akutsomatik [sGS 331.41]*).

Der Vernehmlassungsentwurf sah vor, dass ein Leistungsauftrag mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden kann, wenn dies der Koordination oder Konzentration der Leistungen diene. Die Regelung wurde von den Spitälern kritisiert, weil damit die Planungssicherheit



zu stark eingeschränkt werde. Dies betreffe Investitionen, aber auch z. B. die Personalplanung. Die Kündigungsmöglichkeit hemme Investitionen und Innovationen. Jedenfalls sei zu verlangen, dass eine Kündigung nur zulässig sei, wenn dadurch die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung gesteigert werden könne. Dem letztgenannten Anliegen wurde entsprochen: Die Kündigung eines Leistungsauftrags soll nur zulässig sein, wenn dadurch die Erreichung des Planungsziels gemäss § 4 voraussichtlich verbessert wird. Ebenso soll die Kündigungsfrist auf drei Jahre verlängert werden.

#### § 8a. Anpassung der Spitalliste während der Geltungsdauer

Zwecks Erhöhung der Planungsflexibilität (vgl. Kap. 3.1) und der geltenden Praxis folgend soll die Spitalliste unter bestimmten Voraussetzungen auch während ihrer Geltungsdauer angepasst werden können, ohne dass hierfür eine umfassende Spitalplanung erforderlich ist. Das soll möglich sein, um eine drohende Unterversorgung mit stationären Spitalleistungen abzuwenden (*Abs. 1 lit. a*). In diesem Fall ist die Gleichbehandlung der Spitäler zu wahren (*Abs. 3*): Alle infrage kommenden Spitäler sollen sich um die Zuweisung der fraglichen Leistungsgruppe zu ihrem Leistungsauftrag bewerben können. Eine beschränkte Erweiterung des Leistungsauftrags eines Spitals soll ohne Durchführung einer umfassenden Versorgungsplanung auch möglich sein, um den Leistungsauftrag des Spitals abzurunden (*Abs. 1 lit. b*). Dies kann geboten sein, um die Versorgungssituation oder die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der Versorgung mit stationären Spitalleistungen zu verbessern. In diesem Sinne lauten auch die Erläuterungen zu den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung. Danach kann eine Spitalliste innerhalb der von einem Kanton vorgesehenen Spitalplanungsperiodizität ohne neue Spitalplanung überprüft und aktualisiert werden, um einem Spital mit einer «zusätzlichen Leistungsgruppe innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs» eine «sinnvolle Abrundung seines Leistungsportfolios» zu ermöglichen (Empfehlungen zur Spitalplanung, S. 6). Umgekehrt muss einem Spital der Leistungsauftrag beschränkt oder entzogen werden, wenn es die Voraussetzungen für die Erfüllung des Leistungsauftrags nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllt (*lit. c*). Massgebend sind hier die Anforderungen gemäss § 5 und gemäss den Anhängen zur Spitalliste. In einem solchen Fall ist dem Spital, wenn immer möglich, eine angemessene Übergangsfrist zur Anpassung des Betriebs einzuräumen. Dies ergibt sich unmittelbar aus dem Verhältnismässigkeitsprinzip und bedarf keiner ausdrücklichen Regelung im Gesetz. Die Dauer der Übergangsfrist hängt von der Dringlichkeit des Entzugs und den betrieblichen Verhältnissen des Spitals ab. Unter gewissen Umständen kann aber auch ein sofortiger Entzug oder eine sofortige Beschränkung des Leistungsauftrags geboten sein, beispiels-

weise, wenn ein Spital den Leistungsauftrag in schwerer Weise verletzt (vgl. auch § 22 Abs. 3). Eine Anpassung der Spitalliste ohne Durchführung einer umfassenden Versorgungsplanung soll sodann möglich sein, wenn sich damit das Planungsziel gemäss § 4 voraussichtlich besser erreichen lässt. Um eine Mengenausweitung zu verhindern, soll das Leistungsangebot aller Zürcher Listenspitäler insgesamt aber nicht erhöht werden (*lit. d*).

#### § 9. Weitere Leistungsbereiche

Nach geltendem Abs. 1 Satz 1 kann ein Listenspital weitere Leistungen anbieten, sofern es dadurch die Erfüllung seines Leistungsauftrags nicht beeinträchtigt. Jedoch soll das Spital keine stationären Leistungen aus dem Leistungskatalog der Zürcher Spitalliste erbringen können, für die es keinen Leistungsauftrag hat. Damit soll insbesondere ausgeschlossen werden, dass ein Listenspital ausserhalb seines Leistungsauftrags auch als Vertragsspital gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG wirkt. Dies aus folgenden Gründen:

- *Sicherstellung der Spitalplanung:* Der Kanton muss die Versorgung mit stationären Leistungen planen und dabei insbesondere auch ein Überangebot an stationären Leistungen verhindern. Dürften Listenspitäler auch Leistungen anbieten, für die sie keinen Leistungsauftrag haben, würde die quantitative Spitalplanung erschwert, denn der Umfang der von den Spitälern angebotenen weiteren Leistungen ist nicht erkennbar.
- *Wahrung der Qualitätserwartungen der Patientinnen und Patienten:* Für die Erfüllung der Leistungsaufträge gelten bundes- und kantonrechtliche Qualitätsanforderungen, die über die gesundheitspolizeilichen Anforderungen hinausgehen, beispielsweise Mindestfallzahlen. Würde ein Spital Leistungen anbieten, für die es keinen Leistungsauftrag hat, gälten diese Anforderungen nicht. Das widerspräche der Erwartung der Patientinnen und Patienten, die bei einem Aufenthalt in einem Listenspital davon ausgehen, dass die genannten Qualitätsanforderungen bei allen Behandlungen eingehalten werden.
- *Sicherstellung der Qualitätsverbesserung:* Für anspruchsvolle Behandlungen gelten Mindestfallzahlen pro Spital. Könnte ein Listenspital solche Behandlungen auch ohne Vorliegen eines entsprechenden Leistungsauftrags durchführen, würde es anderen Spitälern, die den fraglichen Leistungsauftrag haben, erschweren, die Mindestfallzahl zu erreichen. Kantonale Konzentrationsbemühungen bezüglich bestimmter Leistungen mit in der Regel qualitätsverbessernden und kostensenkenden Auswirkungen könnten somit durch die Erbringung von Leistungen, für die das Listenspital keinen Leistungsauftrag hat, behindert werden.

### § 9a. Sicherstellung der Erfüllung

Das Listenspital (Spital oder Geburtshaus, vgl. § 2) als materieller Adressat des Leistungsauftrags hat die einwandfreie Erfüllung des Leistungsauftrags zu gewährleisten (*Abs. 1 Satz 1*). Falls erforderlich, werden die Einhaltung der Pflichten von der Trägerschaft des Listenspitals als formellem Adressaten des Leistungsauftrags eingefordert. Das Listenspital kann diese Verantwortung nicht auf Dritte übertragen. Gegenüber den Patientinnen und Patienten und dem Kanton trägt es die Gesamtverantwortung für die Erfüllung des Leistungsauftrags und der damit zusammenhängenden Anforderungen. Das gilt auch insoweit, als an einem Listenspital Belegärztinnen und -ärzte tätig sind: Wird der Leistungsauftrag aufgrund des Verhaltens einer Belegärztin oder eines Belegarztes nicht richtig erfüllt, muss die Spitalleitung Massnahmen ergreifen, beispielsweise Weisungen erteilen. Nötigenfalls muss es sich von der betreffenden Ärztin oder dem betreffenden Arzt trennen.

Das Listenspital muss gegenüber der Gesundheitsdirektion nachweisen, dass es die Qualitätsvorgaben des Bundesrechts (vgl. dazu die Erläuterungen zu § 5 Abs. 1 lit. c) einhält. Schon heute machen die Anhänge zur Spitalliste Vorgaben zur Qualitätssicherung der Spitäler (vgl. generelle Anforderungen, Kap. E–G). Diese Regelung gilt ebenfalls für Belegarztspitäler: Die Spitalleitung, notfalls die Trägerschaft, muss gegenüber der Gesundheitsdirektion den Nachweis der Einhaltung der Anforderungen gemäss § 5 und gemäss den Anhängen zur Spitalliste erbringen.

Weil mit der Gesetzesrevision ein neuer Abschnitt über die Erfüllung des Leistungsauftrags geschaffen wird (§§ 9a und 9b), ist der bisherige § 7 Abs. 2 hier neu als Abs. 2 einzufügen. Die Regelung schliesst die ganze oder teilweise Übertragung eines Leistungsauftrags auf ein anderes Listenspital aus. Dabei geht es um die ganze Behandlungskette der betreffenden Leistungsgruppe zwischen Eintritt und Entlassung aus dem Listenspital. Die Regelung schliesst nicht aus, dass gewisse nicht an der Patientin oder am Patienten erbrachte Randleistungen (z. B. Laborleistungen) durch Dritte erfolgen können.

Zu Abs. 3 siehe Kap. 3.2.

### § 9b. Erfüllungsort

Die Listenspitäler haben ihre Leistungsaufträge an den zugelassenen Standorten gemäss gesundheitspolizeilicher Bewilligung zu erbringen (*Abs. 1*). Zwecks Vergrösserung der betrieblichen Gestaltungsfreiheit soll die Gesundheitsdirektion einem Listenspital auf Gesuch bewilligen können, einen Teil der Leistungen ausschliesslich an einem anderen Standort (Nebenstandort) zu erbringen, sofern die einwandfreie Erfüllung des Leistungsauftrags gewährleistet bleibt und das Ziel der Spitalplanung sowie die Erfüllung der Anforderungen gemäss § 5 und gemäss den Anhängen zur Spitalliste nicht beeinträchtigt werden (*Abs. 2*). Unter einem Nebenstandort wird ein örtlich abgesetzter Spitalbetrieb derselben Trägerschaft verstanden, der über alle Einrichtungen und Mittel verfügt, die für die dort vorgesehene Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten erforderlich sind. In anderen Worten: Betreibt ein Listenspital einen Nebenstandort, müssen alle Schritte des Behandlungspfades zwischen Ein- und Austritt für die dort vorgesehenen Behandlungen am Nebenstandort erfolgen. Eine Verschiebung der Patientin oder des Patienten zwischen Haupt- und Nebenstandort kommt nicht infrage.

Unter planungsrechtlichen Gesichtspunkten gilt der Nebenstandort nicht als eigenständiges Spital, sondern als Teil des Hauptstandorts. Deshalb erhält der Nebenstandort keinen separaten Leistungsauftrag und erscheint auch nicht als eigenständiges Spital auf der Spitalliste. Die Verantwortung für die Erfüllung des Leistungsauftrags bleibt in letzter Konsequenz bei der (einheitlichen) Trägerschaft von Haupt- und Nebenbetrieb, was nicht ausschliesst, für den Nebenbetrieb eine eigenständige operative Leitung einzusetzen. Wird einem Listenspital bewilligt, einen Teil der Leistungen am Nebenstandort zu erbringen, darf dieser Teil des Leistungsauftrags fortan ausschliesslich dort erbracht werden; der betreffende Leistungsbereich darf nicht mehr am Hauptstandort angeboten werden. Dadurch wird eine Mengenausweitung verhindert. Die Voraussetzungen für die Erteilung eines Leistungsauftrags und den Betrieb des Spitals am Hauptstandort gelten auch für den Nebenstandort. Das bedeutet insbesondere:

- Am Nebenstandort müssen alle Einrichtungen und Mittel vorhanden sein, um die Patientin oder den Patienten während des gesamten Behandlungsverlaufs zwischen Ein- und Austritt behandeln zu können.
- Spitalbezogene Mindestfallzahlen müssen auch am Nebenstandort erfüllt werden.

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird einheitlich für das ganze Spital (Haupt- und Nebenstandort) festgestellt und beurteilt.

Über das Gesuch eines Spitals, einen Teil der Leistungen ausschliesslich an einem Nebenstandort zu erbringen, ist im Rahmen einer Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung der Zielsetzung der Spitalplanung und der Anforderungen an ein Spital zu entscheiden. Bei Bewilligung der Leistungserfüllung am Nebenstandort muss insbesondere die gute Zugänglichkeit der Bevölkerung zu Leistungen der stationären Versorgung gewährleistet sein.

Auch der Nebenstandort muss gesundheitspolizeilich bewilligt werden (*Abs. 3*). Ob dabei die Bewilligung des Hauptstandortes erweitert wird oder für den Nebenstandort eine separate Bewilligung einzuholen ist, ist im Rahmen des gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahrens festzulegen.

Eine ähnliche Regelung kennt der Kanton Thurgau. Gemäss § 53 Abs. 2 der Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung (RB 832.10) sind die Leistungsaufträge an den zugelassenen Standorten gemäss gesundheitspolizeilicher Bewilligung zu erbringen, wobei ein Wechsel des Standorts mit Zustimmung des Departementes möglich ist.

#### § 11. Weitere Leistungen

Der grösste Teil des Aufwands für die von den Listenspitälern erbrachten Leistungen wird durch den Kanton und die Krankenversicherer gedeckt: Im stationären Bereich trägt der Kanton 55% und die Versicherer 45% der Tarife. Gewisse für die Gesundheitsversorgung erforderliche, zusätzliche Leistungen können auf diese Weise nicht oder nur ungenügend finanziert werden. *Abs. 1* enthält eine Reihe von Subventionstatbeständen, um solche Leistungen dennoch zu ermöglichen. Lit. a und b schaffen die Möglichkeit, um ungedeckte Kosten von Pflichtleistungen, d. h. gemäss Krankenversicherungsrecht geschuldete Leistungen, zu decken. Auf diese Weise werden heute z. B. psychiatrische Tageskliniken von Spitälern mitfinanziert. Lit. c erlaubt es, sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen von Spitälern zu finanzieren, beispielsweise die Unterstützung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einer Erwerbstätigkeit oder einer Wohnung – beides Faktoren, die für eine langfristige gesundheitliche Stabilisierung unumgänglich sind –, ferner Leistungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Weiterbildung zum Facharztstitel oder der Organisation und Koordination der mit einer Organtransplantation zusammenhängenden Tätigkeiten. Lit. d ermöglicht die Finanzierung von Nichtpflichtleistungen, die im Rahmen neuer Behandlungsmodelle oder Behandlungsmethoden erbracht werden. Gestützt darauf können z. B. Pilotprojekte finanziert werden, ferner der Einsatz von Medikamenten, die zwar heilmittelrechtlich zugelassen, aber noch nicht für die Abrechnung zulasten der Sozialversicherungen freigegeben sind. 2020 bewil-

ligte der Regierungsrat 83 Mio. Franken an Subventionen nach § 11 (RRB Nr. 174/2020).

Nach geltendem Recht können stationäre und spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen bei allen minderjährigen Patientinnen und Patienten subventioniert werden, unbesehen davon, ob es sich um ein Akutspital, eine psychiatrische Klinik oder eine Reha-Klinik handelt (Abs. 1 lit. a). Bei erwachsenen Patientinnen und Patienten hingegen sind Subventionen nur möglich, soweit es um spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen einer psychiatrischen Klinik geht (Abs. 1 lit. b). In der Praxis zeigte sich, dass diese Einschränkung nicht zweckmässig ist. In der stationären Erwachsenenpsychiatrie gibt es sinnvolle Angebote, die eine stationäre Pflichtleistung ergänzen. Beispielsweise sollen ergänzende, auf die familiäre Situation psychisch kranker Eltern ausgerichtete Beratungs- und Unterstützungsleistungen unterstützt werden können. Damit wird eine integrierte und gesamtheitliche Gesundheitsversorgung ermöglicht. In der Akutsomatik gibt es in der Altersmedizin mit ihren spezifischen Herausforderungen, insbesondere der Multimorbidität, Anwendungsfelder. Durch Subventionen können Leistungen in der Geriatrie, im palliativen Bereich oder an der Schnittstelle zwischen Akutsomatik und Psychiatrie unterstützt werden, die aufgrund der Interdisziplinarität und Behandlungsintensität nicht angemessen in den Tarifen abgebildet werden können. Damit kann die Versorgung verbessert, Lücken geschlossen und zeitnah auf neue Entwicklungen reagiert werden. Ein Beispiel ist eine geriatrische Komplettbehandlung, die alle Aspekte der Altersmedizin abdeckt, Verlegungen vermeidet und damit das Delirrisiko vermindert bzw. die Behandlungsqualität verbessert. In der Rehabilitation können durch Subventionen ambulante und intermediäre Angebote wie Tageskliniken unterstützt werden, sofern die Leistungen der Sozialversicherungen die Kosten nicht decken. Durch eine Stärkung des ambulanten Angebots wird der stationäre Bereich entlastet werden, womit insgesamt Kosten gespart werden können. Die Regellungsabsicht lässt sich verwirklichen, indem die Einschränkung von *Abs. 1 lit. a* auf Minderjährige aufgehoben und *lit. b* weggelassen wird.

Neu sollen solche Subventionen allen auf der Zürcher Spitalliste aufgeführten Spitälern ausgerichtet werden können; an der Voraussetzung des Betriebsstandorts im Kanton gemäss bisherigem Einleitungssatz zu Abs. 1 soll nicht länger festgehalten werden. Denn auch das Angebot eines auf der Zürcher Spitalliste aufgeführten und in einem anderen Kanton liegenden Spitals kann unterstützungswürdig und für die Versorgung der Zürcher Bevölkerung erforderlich sein. Ein Beispiel: Ein im Kanton gelegenes Ambulatorium für Kinder und Jugendliche wird durch ein Zürcher Listenspital mit Standort in einem anderen Kanton betrieben. Aufgrund der örtlichen Einschränkung gemäss dem Einleitungssatz von Abs. 1 kann es nach geltendem Recht finan-

ziell nicht unterstützt werden, obwohl es für die ambulante psychiatrische Grundversorgung der Kinder und Jugendlichen unabdingbar ist.

Nach geltendem Recht kann der Kanton versorgungspolitisch sinnvolle, aber ungenügend ausfinanzierte Leistungen nur dann subventionieren, wenn sie von einer stationären Einrichtung (Spital, Klinik) erbracht werden. Diese Einschränkung ist nicht gerechtfertigt. Unter Umständen ist es zweckmässiger und wirtschaftlicher, wenn eine versorgungspolitisch sinnvolle Leistung auch oder ausschliesslich von nicht-stationären Einrichtungen und Organisationen angeboten werden. In diesem Sinn sollten intermediäre Versorgungsangebote oder Spezialangebote im Auftrag des Kantons wie z. B. kantonale Fachstellen auch von nicht auf der Spitalliste stehenden Institutionen erbracht werden können (*Abs. 2*). Damit wird eine wichtige Massnahme zur Erreichung eines der Legislaturziele des Regierungsrates unterstützt, nämlich die gezielte Förderung der ambulanten Versorgung in der Psychiatrie (Richtlinien der Regierungspolitik 2019–2023, Massnahme RRZ 4b). Demnach soll es fortan beispielsweise möglich sein, psychiatrische Ambulatorien und Tageskliniken von ambulanten, ärztlich geleiteten Institutionen, die über ein mit den Listenspitälern vergleichbares, versorgungsnotwendiges Angebot verfügen, ebenfalls zu fördern.

Die Gewährung einer Subvention nach *Abs. 2* setzt erstens voraus, dass das Angebot versorgungspolitisch sinnvoll ist. Dabei sind insbesondere der Bedarf nach der betreffenden Leistung und deren Qualität und Kosten zu berücksichtigen. Kann eine stationäre Einrichtung die Leistung günstiger und besser erbringen, besteht kein Raum für die finanzielle Unterstützung eines weiteren Angebots. Zweitens wird vorausgesetzt, dass durch das zu unterstützende Angebot die Versorgungskette verbessert oder die stationäre Spitalversorgung entlastet werden. Die Umsetzung von *Abs. 2* wird in einer Richtlinie konkretisiert werden.

In der Vernehmlassung wurde die Erweiterung der Subventionsatbestände von *Abs. 1* und *2* zum Teil abgelehnt. Subventionierungen würden den Wettbewerb verzerren. Die Möglichkeit, auch den ambulanten Bereich zu subventionieren, führe indirekt zu einer Planung auch des ambulanten Versorgungsbereichs. Dazu seien die Kantone nicht berechtigt. Wenn ambulante Leistungen nicht kostendeckend erbracht werden könnten, seien die Tarife zu erhöhen statt Subventionen zu sprechen. Zudem sei die Regelung zu unbestimmt. Die Kritik ist unberechtigt. Subventionierungen erfolgen auch im ambulanten Bereich nur dort, wo versorgungspolitisch sinnvolle Angebote ungenügend finanziert sind. Dies schliesst die adäquate Vergütung der ambulanten Leistungen nicht aus. Im Übrigen baut die Strategie der Spitalplanung 2023 auf der Möglichkeit auf, auch im ambulanten Bereich Subventionen gewähren zu können.

### § 13. b. Modalitäten

Listenspitäler können auch in dem Sinn finanziell unterstützt werden, dass ihnen der Kanton Darlehen gewährt (§ 12). Dies soll in jenen Fällen möglich sein, in denen der Zugang zum Kapitalmarkt für die Spitäler erschwert ist oder die damit verbundenen Bedingungen auf dem Kapitalmarkt sehr ungünstig sind. Ein Darlehen kann dazu beitragen, die Finanzierungskosten der Spitäler insbesondere im Hinblick auf erforderliche Investitionen zu begrenzen oder den Zugang zur Finanzierung von Investitionen überhaupt zu ermöglichen. Das geltende Recht verlangt die angemessene Sicherung, Verzinsung und Amortisation eines Darlehens. Hinsichtlich der Sicherung steht dabei die grundpfandrechtliche Sicherung im Vordergrund. Was die Verzinsung betrifft, ist im Gesetz zu ergänzen, dass diese risikobezogen zu erfolgen hat. Das bedeutet, dass die mit dem Darlehen verbundenen Risiken entsprechend der Bonität der Darlehensnehmerin mit einem Risikozuschlag auf dem Basiszinssatz abgegolten werden, wobei als variabler Basiszinssatz der durchschnittliche Refinanzierungssatz des Kantons (interner Zinssatz) dient. Dieser wird vom Regierungsrat jährlich festgesetzt (§ 27 Abs. 3 Finanzcontrollingverordnung [LS 611.2]). Die Pflicht zur Amortisation ist so zu ergänzen, dass diese innert angemessener Frist zu erfolgen hat. In der Regel wird die Amortisation innerhalb der durchschnittlichen Abschreibungsdauer der mit dem Darlehen finanzierten Investitionen zu erfolgen haben (siehe § 13 Abs. 3).

### § 16. Gebühren

Nach geltendem Abs. 4 erlässt der Regierungsrat für die kantonalen Spitäler ohne Rechtspersönlichkeit eine Taxordnung. Infolge Selbstständigkeit aller kantonalen Spitäler ist diese Kompetenz auf die jeweiligen Spitalräte der Spitäler übergegangen (für das Universitäts-spital vgl. § 11 Abs. 3 Ziff. 7 USZG). Abs. 4 ist deshalb hinfällig und aufzuheben.

### § 17. Datenbearbeitung

#### a. Zweck und Dateninhalt

Die §§ 17, 17a und 18 regeln die Datenbearbeitung durch die Gesundheitsdirektion. § 17 bestimmt die Datenquellen (Daten der Spitäler und Geburtshäuser), sodann in nicht abschliessender Aufzählung den Zweck der Datenbearbeitung (Durchführung der Spitalplanung, Überprüfung der Preis- und Kostenentwicklung und der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Zweckmässigkeit der Leistungserbringung) und schliesslich den Inhalt der Daten (betriebsbezogene Daten gemäss Abs. 2 und personenbezogene Daten gemäss Abs. 3).



Im Ingress von Abs. 1 sind (weitere) Register von Behörden und Fachorganisationen als zusätzliche Datenquellen genannt. Damit sind beispielsweise Datenregister des Bundesamtes für Statistik, Register von ärztlichen Fachgesellschaften oder Qualitätsvereinigungen oder die kantonale Einwohnerdatenplattform (KEP) gemeint. Aus der KEP sollen insbesondere Angaben über den Wohnort einer Patientin oder eines Patienten bezogen werden (vgl. geltenden Abs. 3). Dies dient der Prüfung, ob eine Patientin oder ein Patient im Kanton wohnt und deshalb der Kantonsanteil für die Abgeltung des Spitals vom Kanton Zürich zu übernehmen ist. Ferner soll aus der KEP das (allfällige) Todesdatum einer Patientin oder eines Patienten bezogen werden (vgl. Ergänzung von Abs. 3). Dadurch lassen sich Mortalitätsraten nach den in der Qualitätsmessung üblichen Fristen von 30, 60 und 90 Tage nach Abschluss einer Behandlung ermitteln und so die Wirksamkeit von Massnahmen der Qualitätsverbesserung in Spitälern und der Gesundheitsförderung feststellen. Diesem Ziel dient auch die neue lit. c von Abs. 1: Mit der Ausdehnung des Zwecks der Datenbearbeitung auf Qualitätsvergleiche und Information der Bevölkerung über die Ergebnisse werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, die benötigten Daten bei Spitälern und Geburtshäusern einzufordern, zu bearbeiten und der Bevölkerung zugänglich zu machen. Mit der Möglichkeit von Qualitätsvergleichen kann hinsichtlich der Qualität die Transparenz der Leistungserbringung verbessert werden. Weiter kann der Bevölkerung mit den zusätzlichen Informationen die Wahl unter den verschiedenen Leistungserbringern erleichtert werden. Mehr Transparenz und Vergleichbarkeit fördert den Wettbewerb und stärkt damit das Gesundheitssystem als Ganzes.

#### § 17a. b. Ausserkantonale Hospitalisation

Diese Bestimmung regelt die Datenbearbeitung zur Prüfung von Gesuchen um stationäre Behandlung in einem Spital, das nicht auf der Zürcher Spitalliste steht. Ist die Behandlung in diesem Spital medizinisch geboten, vergütet der Kanton dem Spital den Standorttarif, andernfalls höchstens den Durchschnittstarif für die Behandlung im Kanton Zürich (Zürcher Referenztarif). Der Kanton schuldet die Vergütung nur, wenn es sich um eine Zürcher Patientin oder einen Zürcher Patienten handelt. Zur Prüfung dieser Frage konnte die Direktion nach geltendem Recht von der Gemeinde «Auskunft über die Meldeverhältnisse» verlangen. Neu sind solche Angaben in der KEP zu erheben (vgl. § 23 Abs. 1 Gesetz über das Meldewesen und die Einwohnerregister [LS 142.1]). Diese Möglichkeit wird neu ausdrücklich in § 17 Abs. 1 geregelt, sodass die betreffende Passage in § 17a («Die Direktion kann [...] von der Gemeinde Auskunft über die Meldeverhältnisse verlangen») wegzulassen ist.

## § 19. KVG-Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand a. Allgemeines

Gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG setzt der Kanton jeweils für ein Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Dieser beträgt mindestens 55%. Abs. 1 in der geltenden Fassung sieht vor, dass der Regierungsrat den Kantonsanteil jährlich – richtigerweise: für jedes Kalenderjahr – festlegt. Auf eine solche gesetzliche Periodizität soll verzichtet werden. Der Regierungsrat soll den Kantonsanteil auch auf unbestimmte Zeit festsetzen können und nur bei Bedarf anpassen müssen.

## § 21. Kontrolle

Nach geltendem Recht hat die Direktion regelmässig die Einhaltung der Auflagen, Bedingungen und Anforderungen zu prüfen. Die Regelung ist in dem Sinn zu präzisieren, als auch die Beachtung und Erfüllung der Leistungsaufträge zu prüfen sind (*Abs. 1*). In diesem Sinn führt die Direktion schon heute jährlich das sogenannte Leistungscontrolling durch. Dabei prüft sie, ob die Spitäler nur von ihrem Leistungsauftrag erfasste Behandlungen durchführen. Sodann ist die Regelung in dem Sinn zu erweitern, als die Direktion zu ermächtigen ist, die Überprüfung bei Bedarf auch vor Ort, d. h. beim Leistungserbringer, durchzuführen. Zudem soll die Direktion ermächtigt werden, die für die Überprüfung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen zu verlangen.

Die wirtschaftliche Struktur der Spitäler wird zunehmend komplexer. Spitäler lagern gewisse Leistungseinheiten aus, andere Leistungen werden in Kooperation mit anderen Spitälern erbracht oder auf dem Markt eingekauft. Im Ergebnis kann ein Spital aus mehreren Teilunternehmen bestehen, welche miteinander im wirtschaftlichen Austausch stehen und auch gegenseitig Leistungen verrechnen. Um die korrekte Umsetzung der einschlägigen bundesrechtlichen Vorgaben und deren Überprüfung bei der Revision der Staatsbeiträge sicherzustellen, ist neu zu regeln, was in wirtschaftlicher Hinsicht zu einem Spital gehört. In diesem Sinn schreibt der neue Abs. 4 vor, dass bei der Rechnungsrevision eines Listenspitals die ihm nahestehenden natürlichen oder juristischen Personen in die Prüfung miteinbezogen werden. Gemäss Swiss GAAP FER gilt eine Person als nahestehend, wenn sie direkt oder indirekt einen bedeutenden Einfluss auf finanzielle oder operative Entscheidungen der Organisation ausüben kann. Organisationen, die ihrerseits direkt oder indirekt von denselben nahestehenden Personen beherrscht werden, gelten ebenfalls als nahestehend. Gestützt auf den neuen Abs. 4 wird beispielsweise geprüft, ob in Kooperation oder von Dritten erbrachte Leistungen tatsächlich zu Marktpreisen verrechnet werden und den branchenüblichen oder gesetzlichen Vor-

gaben entsprechen. Unter den gesetzlichen Vorgaben ist insbesondere die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104) zu erwähnen.

## § 22. Sanktionen

Pflichtverletzungen der Listenspitäler müssen wirksam sanktioniert werden können. Abs. 2 sieht verschiedene Sanktionen vor. Gestützt auf lit. a kann die Direktion eine Busse von Fr. 1000 bis Fr. 20 000 verfügen. Bussen in diesem geringen Umfang entfalten kaum Wirkung bei den betroffenen Spitalern und bieten keinen Anreiz, die Pflichten künftig einzuhalten. Deshalb soll – entgegen der Haltung der Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden – der Mindestbetrag auf Fr. 5000 und der Höchstbetrag auf 1 Mio. Franken erhöht werden. Eine Busse wirkt nur dann, wenn sie keinen rein symbolischen Charakter hat, sondern für das Spital spürbar ist. Damit eine mit Blick auf die Schwere der Pflichtverletzung angemessene Busse verfügt werden kann, ist sowohl der Mindest- als auch der Höchstbetrag merklich zu erhöhen. Die (wenigen) Kantone, in denen bei einer Verletzung eines Leistungsauftrags eine Busse verhängt werden kann, haben in der Regel einen wesentlich breiteren Bussenrahmen als der im Kanton Zürich bestehende. So sehen die Kantone Graubünden und Luzern Bussen von Fr. 1 bis Fr. 500 000 vor (GR: Art. 15 Abs. 1 Krankenpflegegesetz [BR 506.000]; LU: § 6a Abs. 1 lit. c Spitalgesetz [SRL 800a]).

Lit. c sieht vor, dass als Sanktion die vollständige oder teilweise Rückerstattung von Subventionen verfügt werden kann. Wurde eine Subvention bereits zugesprochen, aber noch nicht ausgezahlt, muss als Sanktion bei einer Pflichtverletzung des Spitals auch die Nichtauszahlung der Subvention möglich sein.

## § 23. Fehlende Tarifstruktur

Für die Vergütung der stationären Behandlungen in einem Spital schliessen die Verbände der Spitäler und die Verbände der Versicherer (Tarifpartner) Tarifverträge ab und vereinbaren dort Pauschalen. Diese beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen (sogenannte Tarifstrukturen; Art. 43 Abs. 4, 46 Abs. 1 und 49 Abs. 1 KVG). Eine Tarifstruktur gewichtet die einzelnen Behandlungen gemäss den von ihnen verursachten Kosten (Kostengewichte). Die Tarifstruktur ist von den Tarifpartnern festzusetzen und vom Bundesrat zu genehmigen (vgl. Art. 49 Abs. 2 KVG). In den später abzuschliessenden Tarifverträgen legen die Tarifpartner einen für alle Behandlungen geltenden Basisfallwert in Franken fest. Dieser wird mit dem Kostengewicht der einzelnen Fälle multipliziert und ergibt so den Betrag der Abgeltung für eine Behandlung.

In den Bereichen Akutsomatik und Psychiatrie liegen gesamtschweizerische Tarifstrukturen vor (SwissDRG und TARPSY), im Bereich der Rehabilitation (noch) nicht. Fehlt eine gesamtschweizerisch gültige Tarifstruktur, sieht § 23 vor, dass die Tarifpartner eine Übergangsregelung vereinbaren, die vom Regierungsrat zu genehmigen ist (Abs. 1). Können sich die Tarifpartner nicht einigen, setzt der Regierungsrat das Abgeltungssystem nach den Grundsätzen des KVG fest (Abs. 2). Diese Regelung ist nach wie vor nötig, obwohl Art. 49 Abs. 2 letzter Satz KVG vorschreibt, dass der Bundesrat die Tarifstruktur festzusetzen hat, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. Wie erwähnt, liegt im Bereich der Rehabilitation auch heute noch keine gesamtschweizerische Tarifstruktur vor. In diesem und ähnlichen Fällen sollen die Tarifpartner die Abgeltungen in einer vom Regierungsrat zu genehmigenden Übergangsregelung festlegen. Der geltende § 23 Abs. 1 ist aber in dem Sinne zu verallgemeinern, als die Regelung jederzeit (und nicht nur beim Inkrafttreten des SPFG) greift. Denn es kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine einmal vorhandene nationale Tarifstruktur dereinst wieder entfallen wird.

#### § 24. Betriebsvergleiche

Die Bestimmung der Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG erfolgt aufgrund eines Vergleichs mit anderen Spitälern, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Zur Ermittlung und Auswahl dieser als Referenz massgebenden Spitäler ist grundsätzlich ein gesamtschweizerischer Fallkosten-Betriebsvergleich notwendig. Hierzu müssen schweregradbereinigte Fallkosten vorliegen, die nach einheitlicher Methode ermittelt worden sind. Auch die Festlegung des Benchmarks muss nach einheitlicher Methode erfolgen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4374/2017 vom 15. Mai 2019, E. 4.4). Um den Fallkosten-Betriebsvergleich zu ermöglichen, hat der Bundesrat schweizweit Betriebsvergleiche anzuordnen (Art. 49 Abs. 8 KVG). Solche Vergleiche werden erstmals voraussichtlich 2020 vorliegen. Damit würde der bisherige § 24 obsolet, wonach die Direktion bei den Zürcher Listenspitälern Betriebsvergleiche zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität durchführt, solange keine schweizweiten Betriebsvergleiche durchgeführt werden.

Indessen besteht aus mehreren Gründen weiterhin Bedarf nach kantonalen Betriebsvergleichen: (1) Im Bereich der Akutsomatik erfolgt der Betriebsvergleich in Form eines Vergleichs der schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler. Die Fallkosten werden durch Division der Betriebskosten eines Spitals durch seinen Casemix (Summe aller Fall-Gewichte) bestimmt. Die Leistungsinhalte eines Spitals (insbesondere Vorhalteleistungen) und die regionalspezifischen Besonderheiten (ins-

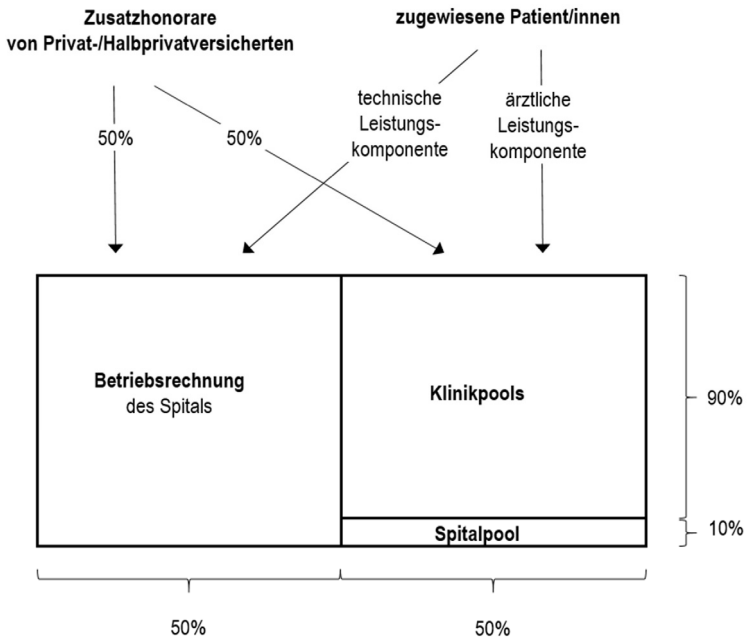
besondere Anlage- und Lohnkosten sowie kantonale gesetzliche Vorgaben) können sich je nach Kanton oder Region unterscheiden. Dadurch wird die Aussagekraft des gesamtschweizerischen Betriebsvergleichs beeinträchtigt. Die Qualität eines auf einem gesamtschweizerischen Betriebsvergleich beruhenden Kostenvergleichs wird somit durch die kantonal und regional unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Spitäler geschmälert. Zur Sicherstellung eines qualitativ hochstehenden Benchmarkings sollen deshalb weiterhin ergänzend Betriebsvergleiche nur unter den Zürcher Listenspitäler zulässig sein und durchgeführt werden können. (2) Die einem kantonalen Betriebsvergleich zugrunde liegenden Daten weisen einen hohen Detaillierungsgrad auf. Es sind detailliertere Analysen möglich. Die Aussagekraft der Daten wird dadurch verbessert. (3) Gemäss dem Konzept «Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten im Rahmen von Artikel 49 Absatz 8 KVG» des Bundesamtes für Gesundheit stellt der jährlich zu publizierende gesamtschweizerische Betriebsvergleich auf den Daten des Vorvorjahres ab. Der kantonale Betriebsvergleich hingegen ist aktueller – er beruht auf den Zahlen des Vorjahres. (4) Die gesamtschweizerischen Betriebsvergleiche, die erstmals voraussichtlich 2020 veröffentlicht werden, beziehen sich nur auf die Akutsomatik, weshalb in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie kantonale Betriebsvergleiche möglich sein sollen.

Die meisten Daten, die für den kantonalen Betriebsvergleich benötigt werden, müssen die Spitäler ohnehin für andere Zwecke erfassen und bereitstellen, so für die Datentransfers an das Bundesamt für Statistik, an H+, an ANQ oder an SwissDRG. Entgegen der in der Vernehmlassung geäußerten Befürchtung fällt für die Spitäler deshalb kaum ein Mehraufwand an.

## **4.2 Zusatzhonorargesetz**

Das Gesetz über die ärztlichen Zusatzhonorare vom 12. Juni 2006 (Zusatzhonorargesetz, ZHG, LS 813.14) regelt, wie die zusätzlichen Abgeltungen für die Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten und für die zur persönlichen Behandlung zugewiesenen Patientinnen und Patienten in den vier kantonalen Spitälern zu verwenden sind. Vereinfacht ausgedrückt fließen die Hälfte der Zusatzhonorare aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatversicherten sowie die technische Leistungskomponente bei zugewiesenen Patientinnen und Patienten in die Betriebsrechnung des Spitals. Die andere Hälfte der Zusatzhonorare und die ärztliche Leistungskomponente bei Zugewiesenen fließen zu 90% in die Klinikpools und zu 10% in die Spitalpools (§ 3 ZHG).

Die in die Klinikpools fließenden Mittel werden insbesondere dem dort tätigen ärztlichen Kader (Oberärztinnen und -ärzte und höhere ärztliche Funktionen), die über eine Berechtigung zur Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten verfügen, ausgerichtet. Am USZ und bei der ipw verfügen fast alle Kaderärztinnen und -ärzte über eine solche Berechtigung, am KSW und an der PUK sind es rund die Hälfte.



Verteilung der Zusatzhonorare gemäss Zusatzhonorargesetz

Über die Verteilung der Poolgelder entscheidet die Klinikdirektorin oder der Klinikdirektor nach Massgabe des von ihr oder ihm erlassenen Poolreglements. Leistungen, die sie oder er sich selbst zuteilt, müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den übrigen Ausschüttungen aus dem Pool stehen und im Einvernehmen mit der Spitaldirektion erfolgen (§ 5 ZHG). 2019 flossen die in den vier kantonalen Spitälern erwirtschafteten Zusatzhonorare wie folgt der Betriebsrechnung des Spitals und den Pools zu:

	Betriebsrechnung Spital	Klinik-/Institutspools	Spitalpool	Total
USZ	71,9	64,7	7,2	143,8
KSW	35,1	31,6	3,5	70,2
PUK	2,1	1,9	0,2	4,1
ipw	2,0	1,8	0,2	3,9

Verteilung der 2019 erwirtschafteten Zusatzhonorare in den vier kantonalen Spitälern (in Mio. Franken, gerundet).

Das ZHG weist viele Nachteile auf. (1) Es setzt Fehlanreize. Der Betrag, der in die Pools fliesst, hängt ausschliesslich von der Behandlungsmenge ab: Mehr Behandlungen von Personen mit Zusatzversicherungen oder persönlicher Zuweisung bringen mehr Honorare. Dies setzt Anreize für medizinisch nicht indizierte Behandlungen, Mengenausweitung und falschen Einsatz von Mitteln. (2) Das ZHG eröffnet einen zu grossen Ermessensspielraum und damit ein grosses Konfliktpotenzial insbesondere bei der Frage, ob eine Patientin oder ein Patient als persönlich zugewiesen zu betrachten ist. Das ZHG ist deshalb in der praktischen Umsetzung schlecht kontrollierbar und administrativ sehr aufwendig. (3) Das ZHG führt zu einer intransparenten, nicht einheitlichen und unzweckmässigen Verteilung der Poolgelder. Über die Verwendung der Poolgelder entscheiden die Klinikdirektorinnen und -direktoren alleine. Dies führt zu grossen Unterschieden bei der Verteilung der Poolgelder innerhalb der und unter den Kliniken. Zudem werden auf diese Weise grosse Abhängigkeiten geschaffen. Wenn die Klinikdirektorin oder der Klinikdirektor selbstständig über die Verteilung der Poolgelder an ihre oder seine Kaderärztinnen und -ärzte entscheidet, wird dadurch eine zweckmässige Fehlerkultur beeinträchtigt. Denn Kaderärztinnen und -ärzte sind weniger bereit, berechtigte Kritik anzubringen, wenn sie mit finanziellen Konsequenzen rechnen müssen. In diesem Sinn gefährdet das Zusatzhonorarsystem sogar die medizinische Sicherheit der Patientinnen und Patienten. (4) Das ZHG und die heutige Geltung des kantonalen Personalrechts auch für die Kaderärztinnen und -ärzte führt zu einem erheblichen, aus betriebswirtschaftlicher Sicht unzweckmässigen Missverhältnis zwischen Fixlöhnen und Zusatzhonoraren bei den Kaderärztinnen und -ärzten: Die Zusatzhonorare am USZ betragen teilweise das Vierfache, oft das Dreifache und im Durchschnitt das

Doppelte des Grundlohnes. Dies setzt Fehlanreize für Entscheidungen, die zu einer Erhöhung der Zusatzhonorare und damit des variablen Lohnbestandteils führen.

Aus den genannten Gründen soll ein neues Vergütungssystem für die Kaderärztinnen und -ärzte der kantonalen Spitäler geschaffen werden. Das System soll sicherstellen, dass keine Anreize für eine unwirksame, unzweckmässige oder unwirtschaftliche Leistungserbringung bestehen. Zudem sollen die Transparenz bei der Abgeltung des ärztlichen Kadere und die Gleichbehandlung seiner Mitglieder verbessert werden (vgl. Kap. 3.3 sowie die Erläuterungen zur Revision des USZG). Das neue Vergütungssystem sieht unter anderem vor, den fixen Vergütungsanteil (Grundlohn) zu erhöhen und den variablen Vergütungsanteil zu senken, wobei die Gesamtvergütung für das ärztliche Kader grundsätzlich unverändert bleiben soll. Zudem sollen Vorgaben über die Faktoren zur Bestimmung der Höhe des variablen Anteils gesetzlich verankert werden. Das Personalreglement des betreffenden Spitals hat das Nähere zu regeln (vgl. für das USZ die nachfolgenden Erläuterungen zur Änderung des betreffenden Spitalgesetzes).

Der fixe und der variable Vergütungsanteil sollen ausschliesslich über die Betriebsrechnung des Spitals finanziert werden. Konsequenterweise sollen die ärztlichen Zusatzhonorare vollständig der Betriebsrechnung des Spitals zufließen. Damit entfällt der Regelungsgegenstand des Zusatzhonorargesetzes, weshalb das Gesetz aufzuheben ist.

### **4.3 Gesetz über das Universitätsspital Zürich (USZG)**

Wie vorstehend erwähnt, soll das Verbot von mit Fehlanreizen behafteten Abgeltungssystemen (vgl. § 5 Abs. 1 lit. i SPFG) im USZG umgesetzt und konkretisiert werden. Eine Vorversion der Gesetzesänderung wurde dem USZ zur Stellungnahme unterbreitet. Das USZ stimmt der Stossrichtung zu. Gleiches gilt für die anderen drei kantonalen Spitäler, deren Gesetze in gleicher Weise geändert werden sollen.

#### **§ 13. Arbeitsverhältnis**

Nach geltendem Recht sind die Arbeitsverhältnisse des Spitalpersonals grundsätzlich öffentlich-rechtlich. Nur in Einzelfällen können Arbeitsverträge nach Privatrecht abgeschlossen werden, wenn dies erforderlich ist, um «ausserordentlich qualifizierte Fachkräfte zu gewinnen oder zu erhalten» (Abs. 1). Für das öffentlich-rechtlich angestellte Personal gelten hingegen die für das Staatspersonal anwendbaren Bestimmungen. Eine Abweichung ist nur zulässig, «soweit dies aus betrieblichen Gründen erforderlich ist» (Abs. 2).



Diese Regelungen haben zur Folge, dass das für das Staatspersonal geltende Lohnsystem grundsätzlich auch für das Spitalpersonal gilt. Für das nichtärztliche Personal und die Assistenzärztinnen und -ärzte ist dies weiterhin sachgerecht: Entgegen der in der Vernehmlassung geäusserten Anregung eines Spitals soll das Gesetz nicht in dem Sinn geändert werden, dass eine Abweichung vom staatlichen Personalrecht möglich ist, soweit dies aus betrieblicher Sicht zweckmässig ist; vielmehr soll weiterhin verlangt werden, dass die Abweichung aus betrieblichen Gründen erforderlich ist.

Für die Kaderärztinnen und -ärzte hingegen verhindert die Anwendbarkeit des staatlichen Personalrechts ein zeitgemässes Vergütungssystem. Denn je nach Funktionsstufe sind die Kaderärztinnen und -ärzte den Lohnklassen 21–28 zugeordnet, sodass ihr Grundlohn zwischen rund Fr. 110 000 und Fr. 260 000 pro Jahr beträgt. Soll der variable Lohnanteil höchstens 30% der gesamten Vergütung betragen (vgl. Kap. 3.3), führte das zu einer maximalen Gesamtvergütung von rund Fr. 370 000 pro Jahr. Mit einem solchen Lohnangebot wären die kantonalen Spitäler in vielen Fällen nicht konkurrenzfähig. Kaderärztinnen und -ärzten soll deshalb ein höherer Grundlohn bezahlt werden können.

Um dies zu erreichen, wäre denkbar, für das ärztliche Kader weitere Lohnklassen mit höheren Lohnbandbreiten zu schaffen. Davon sollte abgesehen werden, denn die kantonalen Löhne sind funktionsbezogen aufeinander abgestimmt und bilden ein geschlossenes System. Zweckmässiger ist es, für das ärztliche Kader (d. h. Oberärztinnen und Oberärzte sowie höhere Funktionen; rund 700 Personen) generell vorzusehen, dass das Personalreglement des USZ betreffend Vergütung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses Regelungen enthalten kann, die vom kantonalen Personalrecht abweichen (*Abs. 2*). Weitere Vorgaben zur Vergütung sind in § 14 geregelt. Was die Beendigung des Arbeitsverhältnisses betrifft, soll das Personalreglement abweichende Bestimmungen zu den Fragen enthalten können, die in den §§ 16–27 des Personalgesetzes (LS 177.10) und dem dazu ergangenen Ausführungsrecht geregelt sind. In diesem Sinn soll das Personalreglement für das ärztliche Kader beispielsweise kürzere Kündigungsfristen vorsehen können, womit bei einer Freistellung auch die Lohnfortzahlungspflicht des USZ abgekürzt wird. Abweichende Regelungen sollen auch hinsichtlich der Gründe und des Verfahrens der Auflösung des Arbeitsverhältnisses möglich sein. Das vom Spitalrat zu erlassende Personalreglement ist vom Regierungsrat zu genehmigen (§ 11 *Abs. 3 Ziff. 7* und § 9 *Ziff. 8 lit. a USZG*), wodurch die inhaltliche und politische Kontrolle gewährleistet wird.

#### § 14. Vergütung des ärztlichen Kaders

Nach *Abs. 1 Satz 1* hat das Personalreglement die höchstens zulässige Gesamtvergütung der Angehörigen des ärztlichen Kaders festzulegen. Dabei soll zumindest nach Funktionsstufe (Oberärztin und Oberarzt, Leitende Ärztin und Leitender Arzt usw.) unterschieden werden, was eine weitergehende Differenzierung nicht ausschliesst. Unter Gesamtvergütung sind alle geldwerten Leistungen zu verstehen, welche die Ärztin oder der Arzt vom USZ erhält. Dazu gehören insbesondere der Lohn, Boni, Gratifikationen, Funktionszulagen, Inkonvenienzen-schädigungen, Entschädigungen für Pikettendienst, Erfolgsbeteiligungen, variable Vergütungsanteile, Dienstaltersgeschenke, Einmalzulagen, Überzeitschädigungen usw.

*Abs. 1 Satz 2* schreibt vor, dass die Gesamtvergütung höchstens 1 Mio. Franken pro Jahr betragen darf. Lohnobergrenzen für Organe oder das Personal von staatlichen oder staatsnahen Betrieben waren in der Vergangenheit verschiedentlich Gegenstand von parlamentarischen Vorstössen (Interpellation KR-Nr. 92/2018 betreffend Entschädigungspraxis bei vom Kanton ganz oder teilweise kontrollierten Anstalten und Organisationen; Postulat KR-Nr. 117/2018 betreffend Lohntransparenz bei den Kaderärztinnen; Anfrage KR-Nr. 122/2018 betreffend Massnahmen gegen Lohnexzesse in unseren Spitälern; Motion KR-Nr. 249/2019 betreffend Maximal-Entschädigungen in kantonalen und kantonsnahen Unternehmen). Es ist zweckmässig, eine solche Obergrenze für das ärztliche Kader des USZ gesetzlich zu verankern. Die Löhne des Gesundheitspersonals werden von der Allgemeinheit (wenn auch nicht ausschliesslich von den nur OKP-Versicherten) getragen und gelten Leistungen ab, auf die nicht verzichtet werden kann. Sehr hohe Löhne für Ärztinnen und Ärzte stossen in der Bevölkerung je länger je mehr auf Unverständnis. Innerhalb des USZ werden eine zu grosse Lohnspannbreite wie auch intransparente Vergütungssysteme vom Personal nicht verstanden und können zu Spannungen führen. Auch mit der vorgesehenen Höchstvergütung von 1 Mio. Franken pro Jahr werden die unbestrittenen massen verantwortungsvollen, hochqualifizierten und zeitintensiven Leistungen des ärztlichen Kaders weiterhin sehr gut abgeloht – auch im Vergleich zu ähnlichen Funktionen im Kanton oder in staatsnahen Betrieben wie auch im Vergleich zu den Höchstlöhnen des ärztlichen Kaders in anderen Kantonen. Im Kanton St. Gallen betragen sie Fr. 700 000 (Art. 4 Abs. 1 lit. Verordnung über die Besoldung der Kaderärztinnen und Kaderärzte [sGS 320.41]), am Universitätsspital Lausanne Fr. 550 000 (Art. 49 Abs. 4 RÈGLEMENT sur les médecins chefs de département, les médecins chefs de service, les médecins cadres, les médecins agréés et les médecins hospitaliers du CHUV [BLV 811.13.1]) und am Kantonsspital Aarau rund Fr. 870 000 (Antwort des Regierungs-

rates des Kantons Aargau auf die Interpellation Jean-Pierre Gallati, Ges-Nr. 18.44).

Die Vergütung der Angehörigen des ärztlichen Kaders kann neben einem fixen, in der Anstellungsverfügung oder dem Anstellungsvertrag festgelegten Komponente auch einen variablen Bestandteil enthalten, der höchstens 30% der Gesamtvergütung betragen darf (*Abs. 2*). *Abs. 3* nennt die Faktoren, die das USZ bei der Bestimmung der Höhe der variablen Komponente berücksichtigen kann: der wirtschaftliche Erfolg und die Qualität des Spitals (*lit. a*) sowie der Klinik oder des Instituts (*lit. b*), zudem die individuelle Leistung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters (*lit. c*). Mit dem wirtschaftlichen Erfolg ist der Gewinn des USZ bzw. der Klinik oder des Instituts gemeint, der je nach Stufe mit unterschiedlichen Kennzahlen erfasst wird (beispielsweise Jahresergebnis oder Betriebsergebnis). Bei den Faktoren gemäss *lit. a* und *b* wäre es unzulässig, nur auf den wirtschaftlichen Erfolg abzustellen; auch die Qualität der Spital- bzw. Klinikleistungen ist in substantieller Weise zu berücksichtigen. Beim Faktor der individuellen Leistung gemäss *lit. c* können insbesondere berücksichtigt werden: die Qualität der Leistung, die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit in der vom Vergütungsempfänger geleiteten Betriebseinheit, das Erreichen individueller Entwicklungsziele, der Beitrag für die Entwicklung des Spitals, die Förderung von Innovationen oder die Mitwirkung bei Erfindungen oder urheberrechtlich geschützten Werken (vgl. § 24 Personalreglement des Universitätsspitals Zürich [LS 813.152]). Bei der Bestimmung der individuellen Komponente dürfen der wirtschaftliche Erfolg und die Qualität des Spitals zu höchstens 70%, der wirtschaftliche Erfolg und die Qualität der Klinik oder des Instituts zu höchstens 50% und die individuelle Leistung der oder des Angestellten ebenfalls zu höchstens 50% berücksichtigt werden. Für eine Kaderärztin oder einen Kaderarzt könnte beispielsweise festgelegt werden, dass bei der Bestimmung des variablen Lohnanteils der wirtschaftliche Erfolg und die Qualität des ganzen Spitals zu 20%, der wirtschaftliche Erfolg und die Qualität der Klinik, wo sie oder er tätig ist, zu 30% und die individuelle Leistung zu 50% berücksichtigt werden. Unzulässig wäre hingegen beispielsweise, den variablen Lohnanteil ausschliesslich, d. h. zu 100% vom wirtschaftlichen Erfolg und der Qualität der Klinik abhängig zu machen. Dadurch entstünden zu grosse Fehlanreize für medizinisch nicht indizierte Behandlungen.

Die Begrenzung des variablen Vergütungsanteils auf 30% der Gesamtvergütung und die Vorgaben zu den Faktoren, die den variablen Anteil bestimmen, tragen dazu bei, Fehlanreize für medizinisch nicht oder nicht klar indizierte Behandlungen zu verhindern. Bei der Festlegung des Lohnsystems wird das USZ aber auch die Vorgaben von § 5 *Abs. 1 lit. i* SPFG zu beachten haben, wonach das Vergütungssystem

«keine Anreize für unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung» setzen darf und sich insbesondere «Menge und Art der Behandlungen sowie der erzeugte Umsatz nicht wesentlich auf die Vergütung auswirken» dürfen. Die Umsetzung dieser Regelung setzt voraus, dass das ärztliche Kader des Spitals bzw. der einzelnen Klinik hinsichtlich der Vergütung als Kollektiv behandelt wird: Der mit einer einzelnen Behandlung erzielte zusätzliche Erfolg des Spitals oder der Klinik muss sich auf alle Kaderärztinnen und -ärzte des Spitals bzw. der Klinik auswirken. Käme der zusätzliche Erfolg nur der Ärztin oder dem Arzt zugute, die oder der die Behandlung vorgenommen hat, wäre der Fehlanreiz zu gross. Nimmt hingegen das gesamte ärztliche Kader der Klinik am wirtschaftlichen Zusatzerfolg teil, so «verdünnt» sich der Anreiz, die Behandlung trotz schwacher medizinischer Indikation durchzuführen, auf ein Mass, das den Entscheid der Ärztin oder des Arztes nicht mehr beeinflussen dürfte. Eine sehr ungleiche Verteilung der variablen Vergütung innerhalb einer Klinik wäre mit § 5 Abs. 1 lit. i SPFG nicht vereinbar.

#### § 17. Erträge aus ärztlichen Zusatzleistungen

Wie dargelegt, beträgt der Grundlohn des ärztlichen Kaderns nach geltendem Recht höchstens rund Fr. 260 000. Zusatzhonorarberechtigte Ärztinnen und Ärzten erhalten zudem aus den Klinik- und Institutspools und aus dem Spitalpool Abgeltungen, die teilweise mehr als das Dreifache des Grundlohns ausmachen. Die Pools werden durch Vergütungen für ärztliche Zusatzversicherungen und für zugewiesene Patientinnen und Patienten gespeist: In diese Pools fliesst die Hälfte der Zusatzhonorare für die stationäre Behandlung von Zusatzversicherten und von Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern, zudem die ärztliche Leistungskomponente bei der ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten, die einer honorarberechtigten Ärztin oder einem honorarberechtigten Arzt zur persönlichen Behandlung zugewiesen worden sind. Die andere Hälfte der Zusatzhonorare und die technische Leistungskomponente bei zugewiesenen Patientinnen und Patienten fliessen der Spitalrechnung zu (§ 3 ZHG; zum geltenden Vergütungssystem für das ärztliche Kader des USZ vgl. RRB Nr. 717/2018 [Stellungnahme des Regierungsrates zum Postulat KR-Nr. 117/2018 betreffend Lohntransparenz bei den Kaderärzten]). 2017 erhielten am USZ 44 Personen eine Gesamtentschädigung zwischen Fr. 430 000 und 1 Mio. Franken sowie sieben Personen eine Gesamtentschädigung zwischen 1 Mio. und 1,5 Mio. Franken. Am KSW gehören 11 Personen zur ersten und eine Person zur zweiten Gruppe (vgl. Beantwortung der Interpellation KR-Nr. 92/2018 betreffend Entschädigungspraxis bei vom Kanton ganz oder teilweise kontrollierten Anstalten und Organisationen).

Mit dem neu vorgesehenen Abgeltungssystem für das Spitalpersonal soll ermöglicht werden, den Grundlohn des ärztlichen Kaders zu erhöhen und den variablen Lohnbestandteil zu senken. Dabei sollen der Grundlohn und die variable Komponente aus der Betriebsrechnung des Spitals finanziert werden. Dies wiederum verlangt, dass die Erträge aus ärztlichen Zusatzleistungen vollumfänglich der Betriebsrechnung des Spitals zufließen (*Abs. 1*). Der Spitalpool und die Klinik- und Instituts-pools werden hinfällig, und das Zusatzhonorargesetz soll aufgehoben werden (vgl. Kap. 4.2).

Mit den am USZ erwirtschafteten Erträgen aus ärztlichen Zusatzleistungen sollen auch, aber nicht nur die Vergütungen des ärztlichen Kaders (mit)finanziert werden: Auch das nicht zum ärztlichen Kader gehörende Personal – Assistenzärztinnen und -ärzte sowie das übrige Personal – soll von diesen Erträgen profitieren, denn auch das pflegerische, technische und administrative Personal trägt durch gute Leistungen dazu bei, dass sich Privat- und Halbprivatpatientinnen und -patienten sowie Selbstzahlerinnen und Selbstzahler am USZ behandeln lassen. *Abs. 2* sieht deshalb vor, dass 5% der Erträge aus ärztlichen Zusatzleistungen als Einmalzulagen den Mitarbeitenden des USZ zukommen, die nicht dem ärztlichen Kader angehören. 2019 wurden am USZ Zusatzhonorare von rund 144 Mio. Franken erwirtschaftet (vgl. Kap. 4.2). 5% davon entsprechen 7,2 Mio. Franken. 2019 arbeiteten am USZ rund 7800 Personen, die nicht zum ärztlichen Kader gehören. Das ergibt im Durchschnitt eine Abgeltung von rund Fr. 1000 pro Person und Jahr. Die vorgesehenen 5% entsprechen etwa den Erträgen aus ärztlichen Zusatzleistungen, die nach geltendem Zusatzhonorargesetz in den Spitalpool fliessen (10% jener 50% der Honorare und ärztlichen Leistungskomponenten, die nicht in die Betriebsrechnung des Spitals flossen, vgl. § 3 Abs. 2 lit. b ZHG).

## **Übergangsbestimmung**

Die Einführung des neuen Anstellungs- und Vergütungssystems soll zu keiner Kostensteigerung führen. Das USZ ist deshalb gesetzlich zu verpflichten, dass die Anpassungen kostenneutral erfolgen, auch unter Berücksichtigung des Anteils an den Erträgen aus ärztlichen Zusatzleistungen, der für das nicht zum ärztlichen Kader gehörende Personal vorgesehen ist (vgl. § 17 Abs. 2). Die Vergütungssumme im ersten Jahr nach Einführung des neuen Systems hat deshalb der hypothetischen Vergütungssumme dieses Jahres nach bisherigem Vergütungssystem zu entsprechen.

#### **4.4 Weitere Spitalgesetze**

Hinsichtlich der Gesetze über das Kantonsspital Winterthur (LS 813.16), die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (LS 813.17) und die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (LS 813.18) wird auf die Erläuterungen zu den entsprechenden Änderungen des USZG verwiesen.

### **5. Auswirkungen der Vorlage**

Die vorliegende Gesetzesrevision hat keine zusätzlichen finanziellen Auswirkungen auf den Kanton. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Vergütungen der Spitäler für die stationären Leistungen, die zu 55% vom Kanton getragen werden, aufgrund der Beseitigung von Fehlanreizen für medizinisch nicht indizierte Mengenausweitungen abnehmen werden, wenn auch nur in sehr kleinem Umfang. Der Aufwand des Kantons, der sich aus der Spitalplanung ergibt, wird durch die Gesetzesänderung nicht vergrössert. Die Subventionstatbestände von § 11 SPFG werden zwar breiter gefasst, doch wird der Umfang der Subventionen nicht durch das SPFG, sondern durch die entsprechende Ausgabenbewilligung des Regierungsrates und das Budget des Kantons bestimmt.

Die Auswirkungen der Vorlage auf die Spitäler sind begrenzt. Die Gesetzesänderung führt nicht dazu, dass die Spitäler mehr leisten müssten als bisher oder dass ihre Leistungen anders entschädigt würden als unter geltendem Recht. Mit der Vorlage wird die Verbesserung der Qualität und Effizienz der Spitäler angestrebt. Die Regulierungsfolgenabschätzung zeigt, dass die Gesetzesrevision für die Spitäler schwergewichtig in drei Bereichen zu einem administrativen Mehraufwand führen wird: (1) Wechsel zu einem Lohnsystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte, das frei von allfälligen Fehlanreizen zur Durchführung medizinisch nicht klar indizierter Behandlungen ist, sofern das Spital nicht bereits über ein solches Lohnsystem verfügt; (2) Einführung von Kontrollmechanismen, die sicherstellen, dass Belegärztinnen und -ärzte nur medizinisch klar indizierte Behandlungen vornehmen, soweit solche Kontrollsysteme nicht bereits heute bestehen; (3) Verbesserung des Datenschutzes und der Informationssicherheit, soweit das Spital den in den Anhängen zur Spitalliste zu konkretisierenden Anforderungen noch nicht genügt. Der Mehraufwand ist mit Blick auf die mit den Neuerungen angestrebten Ziele gerechtfertigt. In den Bereichen (1) und (2) geht es in erster Linie um die Gewährleistung der Patientensicherheit und um die Vermeidung von zusätzlichen Kosten für das Gesundheitssystem, im Bereich (3) um den Schutz der hochsensiblen Patientendaten

und um die Sicherstellung, dass die IT-Systeme des Spitals einwandfrei funktionieren. Die Anforderungen gemäss revidiertem SPFG erweisen sich damit als zweckmässig und notwendig und hinsichtlich der Auswirkungen auf die Listenspitäler als verhältnismässig. Der betriebliche Handlungsspielraum und die Flexibilität der Spitäler wird durch die Vorlage erweitert (vgl. §§ 9a Abs. 3 und 9b Abs. 2 SPFG). Was die vier kantonalen Spitäler im Besonderen betrifft, schreiben die Übergangsbestimmungen zur Änderung der sie betreffenden Spitalgesetze vor, dass die Einführung des neuen Anstellungs- und Vergütungssystems kostenneutral erfolgen muss. Die gesamte Lohnsumme des Spitals darf sich durch die Anpassung somit nicht erhöhen.

Für die Bevölkerung trägt die Gesetzesrevision zu einer Verbesserung der Versorgung mit stationären Spitalleistungen bei. Das Ziel der Spitalplanung wird geschärft (vgl. § 4 Abs. 3 SPFG), die Anforderungen an die Listenspitäler präzisiert und zweckmässig ergänzt (vgl. § 5 SPFG) und die Gesetzesbestimmungen der bewährten Praxis nachgeführt (vgl. § 7 SPFG). Die Möglichkeiten staatlicher Subventionen und die Grundlagen zur Datenanalyse werden etwas erweitert (vgl. §§ 11 und 17 SPFG).

## **6. Erledigung der Motion KR-Nr. 87/2018 betreffend Mengenabhängige Honorar- und Bonusvereinbarungen als Ausschlusskriterien für Leistungsauftrag im SPFG**

Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 8. Juni 2020 folgende von den Kantonsräten Lorenz Schmid, Männedorf, und Daniel Häuptli, Zürich, am 26. März 2018 eingereichte Motion zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird beauftragt, im Spital Planungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) die Anforderungen an leistungserbringende Spitäler so zu ergänzen, dass mengenabhängige Honorar- und Bonusvereinbarungen nicht oder nur noch stark beschränkt möglich sind.

Die Motion zielt auf die Beseitigung oder zumindest starke Beschränkung von Honorar- und Bonuszahlungen, deren Höhe von der Menge der von den betreffenden Ärztinnen und Ärzten vorgenommenen Behandlungen abhängen. Mit dem vorliegenden Entwurf zur Revision des SPFG und der die vier kantonalen Spitäler betreffenden Gesetze sowie der Aufhebung des Gesetzes über die Zusatzhonorare wird der Motion vollständig entsprochen. Gemäss der § 5 Abs. 1 lit. i SPFG setzt die Erteilung eines Leistungsauftrags voraus, dass das Spital über ein Vergütungssystem verfügt, das «keine Anreize für eine unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung setzt und bei dem sich insbesondere Menge und Art der Behandlungen sowie

der erzeugte Umsatz nicht wesentlich auf die Vergütung auswirken». Ferner sehen die Spitalgesetze neu vor, dass der variable Vergütungsbestandteil höchstens 30% der Gesamtvergütung betragen darf und dass sich der wirtschaftliche Erfolg des Spitals oder der Klinik, der auch durch die Behandlungsmenge beeinflusst wird, nur in beschränktem Umfang auf den variablen Vergütungsanteil auswirken darf (für das USZ: § 14 Abs. 2 und 3 USZG). Die Erträge aus ärztlichen Zusatzleistungen für Patientinnen und Patienten fliessen vollumfänglich der Betriebsrechnung des Spitals zu (für das USZ: § 17 Abs. 1 USZG), sodass das ZHG aufgehoben werden kann. Demzufolge ist die Motion als erledigt abzuschreiben.

## **7. Antrag**

Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat, den Gesetzesänderungen zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:

Silvia Steiner

Die Staatsschreiberin:

Kathrin Arioli