

Antrag des Regierungsrates vom 19. Januar 2011

4763

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

(vom

Antrag des Regierungsrates vom 19. Januar 2011

4763

Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG)

(vom)

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom 19. Januar 2011,

beschliesst:

I. Es wird folgendes Gesetz erlassen:

A. Allgemeine Bestimmungen

§ 1. Dieses Gesetz bezweckt die Sicherstellung einer ausreichenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung in Spitälern. Wettbewerbliche Elemente werden gefördert. Zweck

§ 2. In diesem Gesetz bedeuten: Begriffe

Direktion: die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Regierungsrates,

Spital: Gesamtheit der stationären und ihnen angegliederten ambulanten Untersuchungs- und Behandlungseinrichtungen eines Leistungserbringers der somatischen oder psychiatrischen Akutversorgung einschliesslich rehabilitative Versorgung,

Listenspital: Spital oder Geburtshaus, das auf einer Zürcher Spitalliste gemäss Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) geführt wird,

Vertragsspital: Nichtlistenspital, das mit Versicherern Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgeschlossen hat,

Spital ohne KVG-Bezug:	Spital oder Geburtshaus mit einer gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligung, aber ohne Berechtigung zur Abrechnung nach KVG,
Medizinische Leistungseinheit:	auf Tarifstrukturen ausgerichteter Zusammenzug von Diagnosen und Behandlungen.
Leistungsgruppen:	Zusammenzug von medizinischen Leistungseinheiten nach medizinischen und ökonomischen Kriterien zur Vergabe von Leistungsaufträgen,
Zusatzleistungen:	Leistungen bei stationärer Behandlung von Patientinnen und Patienten, die über die Mindestleistungen gemäss Sozialversicherungsgesetzgebung hinausgehen.

Grundsätze

§ 3. ¹ Der Kanton stellt die notwendige Spitalversorgung sicher.

² Private, Gemeinden und der Kanton können Spitäler und Geburtshäuser errichten und betreiben.

B. Planung der stationären Spitalversorgung

Stationäre
KVG-Pflicht-
leistungen
a. Planungsbe-
reiche und -ziele

§ 4. ¹ Die Direktion plant die stationäre Spitalversorgung nach den Vorgaben des KVG.

² Die Spitalplanung umfasst die Bereiche Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten einschliesslich Rehabilitation und eine auch Sterbebegleitung umfassende Palliation.

³ Die Spitalplanung hat insbesondere folgende Zielsetzungen:

- Zusammenzug von Leistungsgruppen zu übersichtlichen Angeboten, um eine medizinisch oder ökonomisch unzweckmässige Fragmentierung von Leistungen zu verhindern,
- Sicherstellung der zeitgerecht zugänglichen Notfallversorgung für Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Kantonsgebiet,
- Koordination oder Konzentration von seltenen oder komplexen Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten bedingen,
- Koordination oder Konzentration von Leistungen, die in Zusammenhang mit einem universitären Lehr- und Forschungsauftrag stehen.

§ 5. ¹ Leistungsaufträge können Spitälern und Geburtshäusern erteilt werden, die

b. Anforderungen an die Leistungserbringer

- a. eine Infrastruktur aufweisen, welche die Erfüllung des Leistungsauftrags sicherstellt,
- b. über genügende Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten verfügen,
- c. ein den Bundesvorgaben genügendes Qualitätssicherungskonzept nachweisen,
- d. die Aufnahmebereitschaft nach den Vorgaben des KVG für Zürcher Patientinnen und Patienten gewährleisten, unabhängig von der voraussichtlichen Kostendeckung im konkreten Fall,
- e. über ein auf die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern ausgerichtetes Patientenversorgungskonzept verfügen,
- f. die Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessenen Zahl von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens sicherstellen,
- g. eine Kostenrechnung führen, die eine sachgerechte Abgrenzung der Kosten der Leistungserbringung für die verschiedenen Versicherungsbereiche und weiterer Dienstleistungen ermöglicht.

² Die Direktion kann die Anforderungen gemäss Abs. 1 in Richtlinien präzisieren oder Verbandsrichtlinien für verbindlich erklären.

³ Ausnahmsweise können Leistungsaufträge auch Spitälern und Geburtshäusern erteilt werden, die nicht sämtliche Anforderungen nach Abs. 1 erfüllen. Ergeben sich daraus für das Spital oder das Geburtshaus finanzielle oder andere Vorteile, legt die Direktion angemessene Ausgleichsleistungen fest.

§ 6. ¹ Die Leistungsaufträge werden unter den sich dafür bewerbenden Spitälern und Geburtshäusern denjenigen erteilt,

c. Auswahlkriterien

- a. die für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind,
- b. mit denen die Zielsetzungen gemäss § 4 bestmöglich verwirklicht werden können,
- c. welche die Anforderungen gemäss § 5 bestmöglich erfüllen.

² Ausnahmsweise können zur Förderung des Wettbewerbs über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilt werden.

§ 7. ¹ Der Regierungsrat genehmigt die Spitalplanung und beschliesst die Spitalliste, mit der den Spitälern und Geburtshäusern die Leistungsaufträge, gegliedert in Leistungsgruppen, zugesprochen werden. Bei verändertem Bedarf passt er die Spitalliste an.

d. Spitalliste

² Leistungserbringer dürfen die ihnen erteilten Aufträge nicht übertragen.

³ Im Anhang zur Spitalliste werden festgelegt:

- a. die den Leistungsgruppen zugrunde liegenden medizinischen Leistungseinheiten,
- b. die mit den Leistungsaufträgen verbundenen generellen Anforderungen insbesondere an Infrastruktur und Personal.

⁴ Die Direktion kann mit den Spitälern und Geburtshäusern das Nähere zu den Leistungsaufträgen vereinbaren. Kommt keine Einigung zustande, entscheidet der Regierungsrat.

⁵ Die Publikation der Spitalliste im Amtsblatt kann sich auf die Verteilung der Leistungsgruppen auf die Spitäler und Geburtshäuser beschränken.

⁶ Die Direktion passt den Anhang der Spitalliste soweit notwendig an Änderungen der eidgenössischen Tarifstrukturen und die medizinische Entwicklung an.

e. Dauer der Leistungsaufträge

§ 8. Die Leistungsaufträge werden grundsätzlich unbefristet erteilt. Kündigungsmodalitäten und allfällige Befristungen können im Anhang zur Spitalliste geregelt werden. Fehlen solche, wird Leistungserbringern, die bei Änderungen der Spitalliste Leistungsaufträge verlieren, eine angemessene Frist gewährt.

Weitere Leistungsbereiche

§ 9. ¹ Listenspitäler können weitere Leistungen anbieten, sofern dadurch die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge nicht beeinträchtigt wird.

² Die Direktion kann weitere Versorgungsleistungen, wie solche im ambulanten Bereich oder im Bereich der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung, in die Planung einbeziehen.

C. Finanzierung der Listenspitäler

Stationäre Leistungen gemäss KVG

§ 10. ¹ Die Entschädigung der Listenspitäler für stationäre Leistungen nach KVG richtet sich nach den Tarifverträgen oder den Tariffestsetzungen gemäss KVG.

² Bei der Genehmigung der Tarifverträge bzw. der Festsetzung der Tarife berücksichtigt der Regierungsrat die Ergebnisse der vom Bundesrat durchgeführten Betriebsvergleiche sowie die inner- und ausserkantonale Kosten- und Preisentwicklung.

§ 11. ¹ Decken die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht, kann der Kanton Listenspitälern mit Betriebsstandorten im Kanton an folgende Leistungen Subventionen bis zu 100% der ungedeckten Kosten gewähren:

Weitere
Leistungen

- a. stationäre Pflichtleistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung,
- b. spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen der Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung, soweit sie versorgungspolitisch sinnvoll sind,
- c. in Zusammenhang mit kantonalen Leistungsaufträgen stehende gemeinwirtschaftliche Leistungen für das Gesundheitswesen,
- d. Nichtpflichtleistungen, die im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erbracht werden,
- e. Leistungen, die im Rahmen neuer Versorgungsmodelle erbracht werden.

² Subventionen nach Abs. 1 lit. a werden in der Regel nur in dem Umfang gewährt, in dem die ungedeckten Kosten nicht durch Gewinne aus Zusatzleistungen gedeckt werden können.

³ Subventionen werden in der Regel in der Form von leistungsbezogenen Pauschalen gewährt.

§ 12. ¹ Unter der Bezeichnung «Zukunfts- und Stützungsfonds im Spitalwesen» führt der Kanton einen Fonds nach den Bestimmungen des Gesetzes über Controlling und Rechnungslegung vom 9. Januar 2006 (CRG).

Zukunfts- und
Stützungsfonds
a. Zweck

² Aus dem Fonds können Subventionen wie folgt entrichtet werden:

- a. in Fällen, in denen der Kanton nach §§ 11 oder 22 Abs. 1 lit. a Subventionen ausrichtet, bis höchstens zu einem Betrag in gleicher Höhe,
- b. bis zu 100% von in der Liquidationsphase entstehenden ungedeckten Betriebskosten von Listenspitälern unter Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Trägerschaft.

§ 13. ¹ Listenspitäler mit Betriebsstandort im Kanton führen für diesen Standort dem Fonds folgende Anteile der massgeblichen Mehrerträge aus Zusatzleistungen zu:

b. Äufnung

- a. 10% des massgeblichen Mehrertrags für jede Zusatzleistungen beziehende Person bis zu einem Anteil solcher Personen von 15% aller stationärer Patientinnen und Patienten,
- b. 15% für jede weitere Zusatzleistungen beziehende Person bis zu einem Anteil von 20% aller stationärer Patientinnen und Patienten,

- c. 20% für jede weitere Zusatzleistungen beziehende Person bis zu einem Anteil von 25% aller stationärer Patientinnen und Patienten,
- d. 25% für jede weitere Zusatzleistungen beziehende Person.

² Die massgeblichen Mehrerträge entsprechen den Erträgen aus Zusatzleistungen in den Bereichen Kranken-, Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung, vermindert um

- a. die Hälfte der in diesen Bereichen erzielten ärztlichen Zusatzhonorare,
- b. die auf die Erträge aus der Erfüllung der Leistungsaufträge entfallenden Staats- und Gemeindesteuern bei nicht steuerbefreiten Listenspitälern.

³ Die Abgaben nach Abs. 1 beschränken sich auf Tätigkeitsbereiche, in denen das Listenspital über einen Leistungsauftrag verfügt.

⁴ Überschreitet der Fondsbestand im Rechnungsabschluss des Vorjahres 500 Mio. Franken, so senkt die Direktion die Abgabesätze für so lange, bis der budgetierte Fondsbestand 400 Mio. Franken unterschreitet.

⁵ Der Regierungsrat kann die Abgabesätze nach Abs. 1 verhältnismässig reduzieren, wenn sich die Ertrags- oder Kostenfaktoren der Listenspitäler im Zusatzleistungsbereich bei einer Gesamtbetrachtung gegenüber der letzten Festsetzung massgeblich verändert haben.

⁶ Der Regierungsrat erstattet dem Kantonsrat mindestens alle vier Jahre Bericht über den Fondsbestand und die Verwendung der Mittel.

Finanzierung
von Anlagen
a. Leistungen

§ 14. ¹ Der Regierungsrat kann den Listenspitälern Darlehen bis zu 100% der Mittel gewähren, die für die Erstellung oder Beschaffung von für die Spitalversorgung notwendigen Anlagen erforderlich sind.

² Darlehen werden nur gewährt, wenn sie für einen Betriebsstandort im Kanton benötigt werden und wenn der Betrag 1 Mio. Franken übersteigt.

³ Darlehen werden nur bis zu dem Umfang gewährt, der bei wirtschaftlicher Betriebsführung erforderlich ist.

⁴ Anstelle der Gewährung von Darlehen kann der Regierungsrat die Aufnahme von Fremdkapital bei privaten Geldgebern durch die Gewährung von Sicherheiten erleichtern. Abs. 2 und 3 gelten sinngemäss.

b. Modalitäten

§ 15. ¹ Darlehen sind angemessen zu sichern, zu verzinsen und zu amortisieren.

² Kann ein Darlehen nicht gesichert werden, kann der Regierungsrat Anteile des Kantons am Eigentum des Listenspitals verlangen.

³ Die Amortisation muss mindestens dem nach branchenüblichen Standards ermittelten Wertverlust der Anlagen entsprechen.

⁴ Die Gewährung von Sicherheiten gemäss § 14 Abs. 4 kann von einer Gegenleistung abhängig gemacht werden.

⁵ Einzelheiten werden vertraglich geregelt.

D. Finanzierung von Behandlungen in weiteren Spitälern

§ 16. Die Direktion überprüft, ob die Voraussetzungen nach KVG für die Übernahme der Kosten für Hospitalisationen von Zürcher Patientinnen und Patienten in Listenspitälern anderer Kantone, die nicht auf der Zürcher Spitalliste aufgeführt sind, erfüllt sind. Sie veranlasst die entsprechende Auszahlung.

Hospitalisationen in Listenspitälern anderer Kantone

§ 17. Die Direktion kann einen angemessenen Beitrag bis zu 100% an die ungedeckten Kosten von Behandlungen von Zürcher Patientinnen und Patienten ausrichten, wenn diese aus medizinischen Gründen in Vertragsspitälern oder Spitälern ohne KVG-Bezug hospitalisiert werden müssen.

Hospitalisationen in Nicht-listenspitälern

E. Weitere Bestimmungen

§ 18. ¹ Die Direktion kann betriebs- und patientenbezogene Daten der Spitäler und Geburtshäuser bearbeiten, soweit sie für den Vollzug dieses Gesetzes und des KVG benötigt werden, insbesondere für

Datenbearbeitung
a. Zweck und Dateninhalt

- a. die Durchführung der Spitalplanung,
- b. die Überprüfung der Preis- und Kostenentwicklung sowie der Wirtschaftlichkeit, Qualität, Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungserbringung.

² Betriebsbezogene Daten sind insbesondere Daten betreffend Zusatzhonorare, Personalbestand und die fallbezogene Kostenträgerrechnung.

³ Patientenbezogene Daten sind insbesondere Name, Alter, Geschlecht, Wohnort, AHV-Nummer sowie Art und Umfang der bezogenen medizinischen Leistung.

§ 19. ¹ Als Bearbeiten gilt das Einsehen, Erheben, Aufbewahren, Verwenden, Auswerten, Umarbeiten, Veröffentlichen und Vernichten von Daten.

b. Bearbeiten

² Die Direktion kann Dritte mit der Bearbeitung beauftragen.

³ Die Spitäler und Geburtshäuser stellen die Daten kostenlos zur Verfügung.

⁴ Die Direktion kann Vorschriften zu Inhalt, Form und Zeitpunkt der Datenerhebung erlassen oder Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.

c. Anonymisierung und Veröffentlichung

§ 20. ¹ Betriebsbezogene Daten dürfen ohne Anonymisierung bearbeitet werden.

² Patientenbezogene Daten sind nach der Erhebung zu anonymisieren, soweit sie nicht für die Rechnungskontrolle, die Kodierrevision oder die Leistungsstatistik verwendet werden.

³ Die Direktion kann anonymisierte Daten veröffentlichen. Veröffentlichte Daten dürfen keine Rückschlüsse auf natürliche Personen zulassen.

KVG-Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand

§ 21. ¹ Der Regierungsrat legt jährlich den nach KVG für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden Anteil des Kantons an den Vergütungen der Leistungen von Listenspitälern gemäss § 10 fest.

² Der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand geht zulasten des Kantons, gilt als Kostenanteil gemäss Staatsbeitragsgesetz und wird durch die Direktion ausgerichtet.

Versorgungsnotstand

§ 22. ¹ Ist der Weiterbestand eines zur Versorgung der Zürcher Bevölkerung unverzichtbaren Listenspitals mit Betriebsstandort im Kanton bedroht, ergreift der Kanton Massnahmen. Er kann insbesondere

- a. Darlehen oder Subventionen bis zu 100% der für den Betriebserhalt notwendigen Mittel gewähren,
- b. sich an der Trägerschaft bei privaten Spitälern beteiligen,
- c. betriebsnotwendige Infrastrukturen oder Betriebsgesellschaften nach dem Gesetz betreffend die Abtretung von Privatrechten enteignen.

² Die Massnahmen können mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden, wie insbesondere:

- a. Pflicht zur Sicherung der Darlehen,
- b. Einsitznahme von Vertretungen des Kantons in die leitenden Organe,
- c. Vorgaben für die Betriebsführung.

³ Die Gemeinden können bei von ihnen betriebenen Listenspitälern gleichartige Massnahmen ergreifen.

§ 23. ¹ Die Direktion überprüft regelmässig die Einhaltung der Auflagen, Bedingungen und Anforderungen nach diesem Gesetz. Kontrolle

² Sie bezeichnet eine Stelle, bei der Beschwerden eingereicht werden können, wenn Patientinnen und Patienten die Aufnahme in ein Listenspital in Verletzung von § 5 Abs. 1 lit. d verwehrt wurde. Sie kann die Stelle selbst betreiben oder Dritte damit beauftragen.

³ Sie kann Rechnungs- und Kodierrevisionen durchführen. Die Leistungserbringer erteilen die dazu erforderlichen Auskünfte und gewähren Einsicht in die Bücher und Belege.

§ 24. ¹ Sanktioniert wird

Sanktionen

- a. die Verletzung von Leistungsaufträgen gemäss §§ 5 und 6,
- b. die Beeinträchtigung von kantonalen Leistungsaufträgen durch weitere Leistungen gemäss § 9 Abs. 1,
- c. die Verletzung der Pflichten, die sich aus den Anforderungen gemäss § 5 ergeben,
- d. die Verletzung der Datenbearbeitungsbestimmungen gemäss §§ 18 und 19,
- e. die Verletzung der Pflicht gemäss § 23 Abs. 3 Satz 2.

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

- a. Ordnungsbusse von Fr. 1000 bis Fr. 20 000,
- b. vollständige oder teilweise Rückerstattung von Finanzierungsanteilen der öffentlichen Hand,
- c. vollständige oder teilweise Rückerstattung von Subventionen,
- d. Abschöpfung unrechtmässig erlangter Vorteile.

³ Bei schweren oder wiederholten Verletzungen kann der Regierungsrat den Leistungsauftrag ganz oder teilweise entziehen.

F. Schlussbestimmungen

§ 25. ¹ Liegen bei Inkrafttreten dieses Gesetzes keine gesamtschweizerisch gültigen Tarifstrukturen gemäss Art. 49 KVG vor, vereinbaren die Leistungserbringer und Versicherer eine Übergangsregelung. Diese bedarf der Genehmigung des Regierungsrates. Fehlende
Tarifstruktur

² Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht einigen oder legen sie keine KVG-konforme Regelung vor, setzt der Regierungsrat das Abgeltungssystem für stationäre Grundversicherungsleistungen nach den Grundsätzen des KVG fest.

- Fehlende Betriebsvergleiche § 26. Solange die Ergebnisse der vom Bundesrat anzuordnenden schweizweiten Betriebsvergleiche zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität nicht vorliegen, führt die Direktion jährlich solche Vergleiche für Zürcher Listenspitäler und bei Bedarf für weitere Spitäler durch.
- Qualitätsvorgaben § 27. Bis zur Schaffung bundesrechtlicher Vorgaben gemäss § 5 Abs. 1 lit. c kann die Direktion Vorgaben zur Qualitätssicherung erlassen oder entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.
- Auswirkungen auf die Gemeindesteuerfüsse § 28. Der Kanton errechnet zuhanden der Gemeinden ihre finanzielle Entlastung durch dieses Gesetz.
- Änderung bisherigen Rechts § 29. Das bisherige Recht wird gemäss Anhang geändert.
- Frühere Investitionsleistungen des Kantons
a. Grundsatz § 30. ¹ Staatsbeiträge und Darlehen, die der Kanton vor Inkrafttreten dieses Gesetzes zur Finanzierung von Investitionen von Listenspitälern geleistet hat, werden auf das Datum der Umstellung der Spitalfinanzierung auf Pauschalen mit Investitionskostenanteilen nach KVG wie folgt behandelt:
- a. Bei Gemeinde- und Zweckverbandsspitälern werden sie zu ihrem Restbuchwert separat als Guthaben des Kantons in den Gemeinde- bzw. Zweckverbandsrechnungen ausgewiesen.
 - b. Bei den übrigen Spitälern werden sie zu ihrem Restbuchwert in ein Darlehen zugunsten des Kantons und zulasten der Eigentümer der Anlagen umgewandelt.
- ² Werden Spitäler der bisherigen Spitalliste oder einzelne ihrer Betriebsstandorte nicht auf die neue Spitalliste übernommen, werden die dafür geleisteten Staatsbeiträge und Darlehen nach den Bestimmungen der Staatsbeitragsgesetzgebung zurückgefordert.
- b. Restbuchwert § 31. ¹ Der Restbuchwert früherer Investitionsleistungen wird auf der Grundlage der gewährten Staatsbeiträge oder Darlehen ermittelt. Der Regierungsrat legt das Verfahren nach branchenüblichen Standards in einer Verordnung fest.
- ² In Fällen von § 30 Abs. 1 lit. a wird der Restbuchwert von der Direktion nach Anhörung der Gemeinde- oder Zweckverbandsorgane festgelegt.
- ³ Darlehensverträge gemäss § 30 Abs. 1 lit. b werden von der Direktion mit den Eigentümern abgeschlossen. Kommt keine Einigung zustande, entscheidet der Regierungsrat.
- ⁴ Darlehen und Guthaben sind nach den Vorschriften von § 15 zu verzinsen und zu amortisieren.

§ 32. ¹ Die Differenz zwischen den tatsächlich bezahlten Kostenanteilen und dem Restbuchwert nach § 31 bleibt als unverzinslicher und unverjährender Kostenanteil bestehen. c. Ruhendes Guthaben

² Eine Rückforderung erfolgt nur, wenn der Leistungsauftrag ganz oder mehrheitlich entfällt.

³ Die Höhe der Rückforderung richtet sich nach dem Verkehrswert der Anlage nach Abzug sämtlicher aus dem Betrieb hervorgegangener Verpflichtungen.

§ 33. ¹ Gemeindebeiträge, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes an Investitionen der Listenspitäler geleistet worden sind, werden auf das Datum der Umstellung der Spitalfinanzierung auf Pauschalen mit Investitionskostenanteilen nach KVG wie folgt behandelt: Frühere Investitionsleistungen der Gemeinden

- a. Bei Gemeinde- und Zweckverbandsspitälern werden sie zu ihrem Restbuchwert separat als Guthaben der Gemeinden in den Gemeinde- bzw. Zweckverbandsrechnungen ausgewiesen.
- b. Bei den übrigen Spitälern werden sie zu ihrem Restbuchwert in ein Darlehen zugunsten der Gemeinden und zulasten der Eigentümer der Anlagen umgewandelt.

² Die Restbuchwerte gemäss Abs. 1 lit. a und lit. b können auch als unverzinsliche Beteiligungen eingebracht werden.

³ §§ 30 Abs. 2 und 31 gelten sinngemäss. In Fällen von § 31 Abs. 2 oder 3 entscheidet der Gemeinderat anstelle der Direktion.

Anhang

Die nachstehenden Gesetze werden wie folgt geändert:

a. **Gemeindengesetz (GG)** vom 6. Juni 1926 (LS 131.1)

H. Spitalzweck-
verbände

§ 131 a. Zweckverbände, die ein Spital im Sinne des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes oder ein Pflegeheim im Sinne des Pflegegesetzes betreiben, können einen eigenen Haushalt führen. Dieser richtet sich nach den Vorschriften über den Gemeindehaushalt.

b. **Gesundheitsgesetz** vom 2. April 2007 (LS 810.1)

Schulen für
nichtärztliches
Gesundheits-
personal

§ 20 a. ¹ An Schulen, die nichtärztliches Gesundheitspersonal ausbilden, können Staatsbeiträge nach Massgabe des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 14. Januar 2008 ausgerichtet werden. Sie können von der für das Bildungswesen zuständigen Direktion des Regierungsrates mit zusätzlichen Subventionen unterstützt werden, sofern sie eine ausreichende Ausbildung gewährleisten und einem Bedürfnis des Kantons dienen.

² Zusätzliche Subventionen können unter den gleichen Voraussetzungen auch an Schulen ausgerichtet werden, die eine Vorschulung für einen Fachberuf dieser Art anbieten.

³ Der Regierungsrat kann die Voraussetzungen zur Gewährung zusätzlicher Subventionen konkretisieren und entscheidet über deren Art und Höhe. Sie werden unter der Bedingung gewährt, dass die Schulen den zürcherischen Spitälern und Pflegeheimen in angemessenem Umfang Personal zur Verfügung stellen.

Marginalie zu § 21:

Praktische Aus- und Weiterbildung

Beistands- und
Aufnahmepflicht

§ 38. Abs. 1 unverändert.

² Spitäler oder Geburtshäuser mit kantonalem Leistungsauftrag nehmen Personen auf, die einer stationären Behandlung bedürfen. Die Direktion kann ihnen nach Voranzeige Patientinnen und Patienten zuweisen, die andernorts nicht untergebracht werden können oder deren Zustand eine Verlegung als geboten erscheinen lässt.

Abs. 3 unverändert.

Der zweite Abschnitt des dritten Teils (§§ 41–43) wird aufgehoben.

§ 64. Das Gesetz über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 wird aufgehoben. Aufhebung

§ 17 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 wird zu § 25 a des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007.

c. **Gesetz über das Universitätsspital Zürich** vom 19. September 2005 (LS 813.15)

§ 3. ¹ Die Festlegung der medizinischen Leistungsaufträge für das Universitätsspital richtet sich nach den Bestimmungen des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes vom Leistungsaufträge

² Der Regierungsrat kann weitere Leistungsaufträge festlegen. Leistungsmengen, Preise und Modalitäten werden in Leistungsvereinbarungen zwischen dem Universitätsspital und den zuständigen Direktionen des Regierungsrates vereinbart.

³ Das Universitätsspital kann weitere Leistungen erbringen, soweit dadurch die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge und die dafür zur Verfügung gestellten Mittel nicht beeinträchtigt werden.

§§ 4 und 5 werden aufgehoben.

§ 7. Das Universitätsspital kann mit Genehmigung des Regierungsrates und unter Berücksichtigung von § 3 Abs. 3 Ziff. 1 wird aufgehoben. Beteiligung und Auslagerung

Ziff. 2 und 3 werden zu Ziff. 1 und 2.

§ 8. Der Kantonsrat Ziff. 1 unverändert. Kantonsrat

2. beschliesst das Leistungsgruppenbudget,

3. genehmigt den Geschäftsbericht, die Jahresrechnung und die Verwendung des Gewinns oder die Deckung des Verlusts,

Ziff. 4 unverändert.

5. genehmigt Entscheide gemäss § 7 Ziff. 1.

§ 9. Der Regierungsrat Ziff. 1 und 2 unverändert. Regierungsrat

3. entscheidet bei Uneinigkeit der Vertragspartner endgültig über Leistungsvereinbarungen gemäss § 3 Abs. 2 und über Zusammenarbeitsverträge gemäss § 6 Abs. 1,

4. stellt Antrag zum Leistungsgruppenbudget an den Kantonsrat,

5. verabschiedet den Geschäftsbericht, die Jahresrechnung und den Antrag zur Verwendung des Gewinns oder zur Deckung des Verlusts zuhanden des Kantonsrates,
Ziff. 6–9 unverändert.

2. Funktion und Aufgaben

§ 11. Abs. 1 unverändert.

² Er ist verantwortlich für die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge.

³ Der Spitalrat

Ziff. 1 und 2 unverändert.

3. stellt bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Regierungsrates Antrag zum Leistungsgruppenbudget,
Ziff. 4 unverändert.

5. verabschiedet den Geschäftsbericht, die Jahresrechnung und den Antrag zur Verwendung des Gewinns oder zur Deckung des Verlusts zuhanden des Regierungsrates,
Ziff. 6–10 unverändert.

11. ernennt die Klinik- und Institutsdirektorinnen und -direktoren,
Ziff. 12–14 unverändert.

Spitaldirektion

§ 12. Abs. 1 und 2 unverändert.

³ Die Spitaldirektion

Ziff. 1 unverändert

2. erstellt den Geschäftsbericht, die Jahresrechnung und den Antrag zur Verwendung des Gewinns oder zur Deckung des Verlusts zuhanden des Spitalrates,
Ziff. 3 und 4 unverändert.
Abs. 4 unverändert.

Dotationskapital

§ 16. ¹ Der Kanton stellt dem Universitätsspital ein bar eingelegtes Dotationskapital von mindestens 5 Mio. und höchstens 50 Mio. Franken zu den Selbstkosten zur Verfügung.

Abs. 2 unverändert.

§ 17 wird aufgehoben.

Marginalie zu § 18:
Finanzierung weiterer Leistungen

§§ 19–21 werden aufgehoben.

§ 22. ¹ Der Kanton stellt dem Universitätsspital die Bauten gegen Verrechnung der Anlagenutzungskosten zur Verfügung. Liegenschaften

Abs. 2 unverändert.

³ Das Universitätsspital kann im Rahmen der Finanzkompetenzordnung Mietverträge mit Dritten schliessen.

§ 23. Abs. 1 unverändert. Taxen

Abs. 2 und 3 werden aufgehoben.

Abs. 4 wird zu Abs. 2.

§ 24. Das Universitätsspital darf ausser zur Beschaffung betriebsnotwendiger Mobilien keine Fremdmittel aufnehmen. Fremdmittel

§ 26. Abs. 1 und 2 unverändert. Entwicklungs-
und Finanzplan

³ Der Entwicklungs- und Finanzplan des Universitätsspitals wird dem Antrag an den Regierungsrat zum Leistungsgruppenbudget zur Kenntnisnahme beigelegt.

Die Übergangsbestimmung zur Änderung vom 9. Juli 2007 wird aufgehoben.

d. **Gesetz über das Kantonsspital Winterthur** vom 19. September 2005 (LS 813.16)

§ 3. ¹ Die Festlegung der medizinischen Leistungsaufträge für das Kantonsspital Winterthur richtet sich nach den Bestimmungen des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes vom Leistungs-
aufträge

² Der Regierungsrat kann weitere Leistungsaufträge festlegen. Leistungsmengen, Preise und Modalitäten werden in Leistungsvereinbarungen zwischen dem Kantonsspital Winterthur und den zuständigen Direktionen des Regierungsrates vereinbart.

³ Das Kantonsspital Winterthur kann weitere Leistungen erbringen, soweit dadurch die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge und die dafür zur Verfügung gestellten Mittel nicht beeinträchtigt werden.

§§ 4 und 5 werden aufgehoben

§ 6. Das Kantonsspital Winterthur kann mit Genehmigung des Regierungsrates und unter Berücksichtigung von § 3 Abs. 3 Beteiligung und
Auslagerung

Ziff. 1 wird aufgehoben.

Ziff. 2 und 3 werden zu Ziff. 1 und 2.

- Kantonsrat § 7. Der Kantonsrat
Ziff. 1 unverändert.
2. beschliesst das Leistungsgruppenbudget,
3. genehmigt den Geschäftsbericht, die Jahresrechnung und die Verwendung des Gewinns oder die Deckung des Verlusts,
Ziff. 4 unverändert.
5. genehmigt Entscheide gemäss § 6 Ziff. 1.
- Regierungsrat § 8. Der Regierungsrat
Ziff. 1 und 2 unverändert.
3. entscheidet bei Uneinigkeit der Vertragspartner endgültig über Leistungsvereinbarungen gemäss § 3 Abs. 2,
4. stellt Antrag zum Leistungsgruppenbudget,
5. verabschiedet den Geschäftsbericht, die Jahresrechnung und den Antrag zur Verwendung des Gewinns oder zur Deckung des Verlusts zuhanden des Kantonsrates,
Ziff. 6–9 unverändert.
2. Funktion und Aufgaben § 10. Abs. 1 unverändert.
² Er ist verantwortlich für die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge.
³ Der Spitalrat
Ziff. 1 und 2 unverändert.
3. stellt bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Regierungsrates Antrag zum Leistungsgruppenbudget,
Ziff. 4 unverändert.
5. verabschiedet den Geschäftsbericht, die Jahresrechnung und den Antrag zur Verwendung des Gewinns oder zur Deckung des Verlusts zuhanden des Regierungsrates,
Ziff. 6–10 unverändert.
11. ernennt die Klinik- und Institutsdirektorinnen und -direktoren,
Ziff. 12–14 unverändert.
- Spitaldirektion § 11. Abs. 1 und 2 unverändert.
³ Die Spitaldirektion
Ziff. 1 unverändert
2. erstellt den Geschäftsbericht, die Jahresrechnung und den Antrag zur Verwendung des Gewinns oder zur Deckung des Verlusts zuhanden des Spitalrates,
Ziff. 3 und 4 unverändert.
Abs. 4 unverändert.

§ 15. ¹ Der Kanton stellt dem Kantonsspital Winterthur ein bar eingelegtes Dotationskapital von mindestens 2 Mio. und höchstens 20 Mio. Franken zu den Selbstkosten zur Verfügung. Dotationskapital

Abs. 2 unverändert.

§ 16 wird aufgehoben.

Marginalie zu § 17:

Finanzierung weiterer Leistungen

§§ 18–20 werden aufgehoben.

§ 21. ¹ Der Kanton stellt dem Kantonsspital Winterthur die Bauten gegen Verrechnung der Anlagennutzungskosten zur Verfügung. Liegenschaften

Abs. 2 unverändert.

³ Das Kantonsspital Winterthur kann im Rahmen der Finanzkompetenzordnung Mietverträge mit Dritten schliessen.

§ 22. Abs. 1 unverändert. Taxen

Abs. 2 und 3 werden aufgehoben.

Abs. 4 wird zu Abs. 2.

§ 23. Das Kantonsspital Winterthur darf ausser zur Beschaffung betriebsnotwendiger Mobilien keine Fremdmittel aufnehmen. Fremdmittel

§ 25. Abs. 1 und 2 unverändert. Entwicklungs- und Finanzplan

³ Der Entwicklungs- und Finanzplan des Kantonsspitals Winterthur wird dem Antrag an den Regierungsrat zum Leistungsgruppenbudget zur Kenntnisnahme beigelegt.

Die Übergangsbestimmung zur Änderung vom 9. Juli 2007 wird aufgehoben.

e. **Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz** vom 13. Juni 1999 (LS 832.01)

§ 6 wird aufgehoben.

f. **Pflegegesetz** vom 27. September 2010 (LS 855.1)

§ 3. Der Regierungsrat legt den nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) für alle Kantons-einwohnerinnen und -einwohner geltenden Anteil der Gemeinden an den Vergütungen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest. KVG-Finanzierungsanteil der Gemeinden

Pflicht-
leistungen
a. Pflegeleis-
tungen

§ 9. Abs. 1–3 unverändert.

⁴ Die restlichen Kosten sind bei Leistungserbringern gemäss § 5 Abs. 1 von der Gemeinde zu tragen.

Abs. 5 unverändert.

b. Akut- und
Übergangs-
pflege

§ 10. ¹ Die gemäss KVG zu vergütenden Pauschalen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden anteilmässig nach § 3 vom Krankenversicherer und der Gemeinde übernommen.

² Die Gemeinde entrichtet ihren Anteil direkt dem Leistungserbringer.

Abs. 3 wird aufgehoben.

b. Nichtpflegeri-
sche Spitex-
Leistungen

§ 13. Abs. 1 und 2 unverändert.

³ Die restlichen Kosten gehen zulasten der Gemeinde.

Abs. 4 unverändert.

Wahl eines nicht
von der Ge-
meinde
betriebenen
oder beauftrag-
ten Leistungs-
erbringers

§ 15. Abs. 1 und 2 unverändert.

³ Die Beiträge entsprechen dem Anteil der Gemeinde an den Pflegekosten des gewählten Leistungserbringers, höchstens aber dem gemäss §§ 16 und 17 festgelegten Normdefizit für innerkantonale Leistungserbringer.

Abs. 4 wird aufgehoben.

C. Normdefizit

Normdefizit
a. Pflegeleis-
tungen von
Pflegeheimen

§ 16. ¹ Das Normdefizit für Pflegeleistungen eines Pflegeheimes wird pro Pflegetag und Pflegebedarfsstufe festgelegt.

Abs. 2–4 unverändert.

b. Pflege-
leistungen von
ambulanten
Leistungs-
erbringern

§ 17. ¹ Das Normdefizit für Pflegeleistungen eines ambulanten Leistungserbringers wird pro Leistungsstunde und Leistungsbereich festgelegt.

Abs. 2 und 3 unverändert.

§§ 18 und 19 werden aufgehoben.

II. Dieses Gesetz untersteht dem obligatorischen Referendum.

III. Mitteilung an den Regierungsrat.

Weisung

A. Ausgangslage

1. Grundzüge der geltenden Regelungen

Ursprünglich war das Gesundheitswesen eine weitgehend kantonale Angelegenheit und die Kantone waren insbesondere auch frei, wie sie die Sicherstellung der Versorgung ihrer Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen regelten. Vor dem Hintergrund der seit den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts zu verzeichnenden sprunghaften Kostensteigerungen im Gesundheitswesen wurde dann aber der Bundesgesetzgeber aktiv und verpflichtete erstmals mit einem dringlichen Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 die Kantone zu Spitalplanungen. Der dringliche Bundesbeschluss wurde in der Folge durch das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) abgelöst. Dieses hielt die Verpflichtung der Kantone zur Spitalplanung aufrecht, wobei allerdings detaillierte Vorgaben über das Planungsverfahren unterblieben. Das KVG forderte einzig eine bedarfsgerechte Planung. Was darunter zu verstehen war, konnte erst nachträglich über verschiedene Rechtsmittelverfahren geklärt werden. Diese verpflichteten die Kantone zu einer auf den Spitalbettenbedarf der nur grundversicherten Patientinnen und Patienten ausgerichteten Planung und einem Spitalistenangebot, das den hochgerechneten Bettenbedarf nicht überschreiten durfte. Die Spitalwahlfreiheit der nur grundversicherten Patientinnen und Patienten blieb dabei auf das Angebot der Spitalliste des Wohnsitzkantons beschränkt. Auf dieser Grundlage verabschiedete der Regierungsrat die Zürcher Spitalplanung und die Spitalisten 1998, was die Schliessung von rund zehn Regionalspitalern auslöste.

Im Bereich der Spitalfinanzierung wurden die Kantone durch das KVG in seiner ursprünglichen Fassung noch nicht direkt verpflichtet. Unmittelbar verpflichtet wurden lediglich die Versicherer: Bei von Privaten ohne Subventionen betriebenen Spitalern gingen die Kosten vollumfänglich zulasten der Grund- und Zusatzversicherer, während das KVG bei den von der öffentlichen Hand betriebenen oder subventionierten Spitalern die Zahlungspflicht der Krankenversicherer auf höchstens 50% der anrechenbaren Betriebskosten beschränkte, wobei die Investitionskosten ausdrücklich ausgenommen waren. Den Kantonen blieb aber freigestellt, in welchem Umfang sie sich an den nicht gedeckten Betriebs- und an den Investitionskosten beteiligen wollten. Der Kanton Zürich blieb in dieser Frage (auch nach dem Wechsel zu pauschalieren Globalbudgets ab 1998) bei der bereits im Gesund-

heitsgesetz vom 4. November 1962 verankerten Finanzierung von Betriebsdefiziten auf der Grundlage einer konsolidierten Spitalrechnung über alle Leistungsbereiche einerseits bzw. der Objektfinanzierung von Investitionen unter Berücksichtigung der Eigenmittel der Spitäler anderseits. Dadurch wurde eine Anrechnung der von vielen Spitälern erzielten Überdeckungen und Gewinne in ertragsstarken Bereichen wie aus der Behandlung Zusatzversicherter an die Staatsbeiträge möglich. Den Kantonen blieb es zudem freigestellt, Spitäler mit privater Trägerschaft von der Subventionsberechtigung auszunehmen, selbst wenn sie für die Versorgung von nur allgemein versicherten Patientinnen und Patienten bedarfsnotwendig waren. Auch davon machte der Kanton Zürich Gebrauch, z. B. im Falle der Paracelsus-Klinik in Richterswil oder bei verschiedenen ausserkantonalen Rehabilitationskliniken.

2. KVG-Revision vom 21. Dezember 2007

Der Bundesgesetzgeber revidierte am 21. Dezember 2007 das KVG unter anderem mit dem Ziel, die Zusatzversicherungen zu entlasten und die Spitalwahlfreiheit der nur grundversicherten Patientinnen und Patienten auszudehnen. Die weitreichenden Änderungen umfassten insbesondere:

- Ausdehnung der Planungspflicht der Kantone auf den Versorgungsbedarf aller Einwohnerinnen und Einwohner und damit auch für Zusatzversicherte.
- Verpflichtung der Kantone, die Spitalplanung spätestens ab 1. Januar 2015 leistungsorientiert auszugestalten und mit anderen Kantonen zu koordinieren.
- Entschädigung der auf der Spitalliste geführten Spitäler für die stationäre Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab 1. Januar 2012 mit leistungsbezogenen Pauschalen.
- Abgeltung der Investitionskosten mit einem Anteil an den Pauschalen; d. h., die Investitionen werden ab 2012 nicht mehr mit gesonderten Objektkrediten der öffentlichen Hand finanziert, sondern müssen von den Spitälern grundsätzlich aus den laufenden Pauschalerträgen finanziert werden.
- Einbindung der Kantone in das Pauschalvergütungssystem; Mindestanteil des Kantons von 55% an den Pauschalen.
- Entschädigung aller (auch der bisher nicht subventionierten) Listenspitäler zu gleichen Bedingungen.

- Ausdehnung der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten ab 1. Januar 2012 auch auf die Listenspitäler aller anderen Kantone und Einführung der Mitfinanzierungspflicht der Wohnsitzkantone.

Diese Revision des KVG war von den Kantonen in zentralen Punkten bekämpft worden, da sie die ihnen daraus entstehenden Mehrkosten gesamtschweizerisch auf 1 bis 1,4 Mrd. Franken veranschlagten. In den eidgenössischen Räten setzten sich letztlich aber insbesondere die Argumente der Versicherer und der Leistungserbringer durch, die von den Neuerungen profitieren werden (vgl. Ausführungen unter A.4.).

3. Handlungsbedarf aufgrund des geänderten Bundesrechts

Die neuen bundesrechtlichen Vorgaben erfordern grundlegende Änderungen sowohl bei der kantonalen Spitalplanung als auch bei der kantonalen Spitalfinanzierung, da das KVG für beide Bereiche einen leistungsorientierten Ansatz vorschreibt.

3.1 Spitalplanung

Bei der Planung hat der Bund weder im (revidierten) KVG noch in den Ausführungsverordnungen vollständige und abschliessende Vorgaben gemacht. In der Detailausgestaltung gewinnen die Kantone dadurch Handlungsspielraum. Eine Grundsatzdiskussion über Sinn und Zweck staatlicher Planung ist den Kantonen aber verwehrt, da der Bund mit seinen Rahmenbedingungen eine bedarfsgerechte Planung nach Massgabe von Wirtschaftlichkeit und Qualität zwingend vorschreibt.

Um den Planungsauftrag des Bundesrechts ordnungsgemäss durchführen zu können, muss das kantonale Recht mindestens

- die Ziele der Spitalplanung umreissen,
- die Anforderungen an die Leistungserbringer bestimmen,
- die Grundzüge der Spitalliste und das Verfahren zur Aufnahme von Leistungserbringern festlegen,
- festlegen, wie die Versorgungssicherheit gewährleistet wird.

Diese Neuerungen lösen für den Kanton Zürich wesentlichen Handlungsbedarf aus. Die bisherige Bettenplanung muss abgelöst und durch eine leistungsorientierte Spitalplanung und Spitalliste ersetzt werden. Die heutige gesetzliche Grundlage für die Spitalplanung (§§ 41–43 Gesundheitsgesetz [GesG] vom 2. April 2007), die sich im Wesentlichen auf Kompetenzzuweisungen an den Regierungsrat für

Planung und Erlass der Spitalliste sowie an die Gesundheitsdirektion für den Abschluss von Leistungsvereinbarungen beschränkt, genügt den neuen Anforderungen nicht mehr.

3.2 Spitalfinanzierung

Bei der Spitalfinanzierung schreibt das (revidierte) KVG für Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung eine Abgeltung über leistungsbezogene Pauschalen vor. Zurzeit wird für die obligatorische Krankenversicherung eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur mit diagnosebezogenen Fallpauschalen vorbereitet. Diese Tarifstruktur baut auf einem DRG-System (diagnosis related groups) auf, bei dem medizinisch ähnliche Fälle zu kostenhomogenen Gruppen zusammengefasst und mit derselben Pauschale entschädigt werden. Für die Leistungen der übrigen Sozialversicherungszweige (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung) gelten weiterhin eigene Regeln.

Das KVG schreibt den Kantonen neu vor, dass sie mindestens 55% von diesen (nunmehr auch Investitionskostenanteile enthaltenden) Pauschalen übernehmen müssen. Es ist damit den Kantonen freigestellt, auch einen höheren Anteil aus Steuermitteln an die Pauschalen zu leisten. Ihre Mitwirkung bei der Tarifaushandlung zwischen den Versicherern und Leistungserbringern ist aber weiterhin nicht vorgesehen, obwohl sie neu die finanzielle Hauptlast tragen. Die Verhandlungen über die konkreten Tarife (Preise) sind von den Leistungserbringern mit den Versicherern zu führen. Das KVG setzt die Kantone aber weiterhin als Tarifgenehmigungsinstanz und – bei fehlenden Vereinbarungen – als Festsetzungsbehörde ein. Dabei haben sie zu prüfen, ob die Tarifverträge mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen und insbesondere, ob sie sich an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 46 und 49 KVG).

Im Bereich Spitalfinanzierung muss als Folge des KVG im kantonalen Recht mindestens Folgendes geregelt werden:

- die Zuständigkeit für die Festsetzung des Mindestanteils der öffentlichen Hand an den Fallpauschalen,
- der Umgang mit den nach bisherigem Recht an Spitalbauten und weitere Anlagen gewährten Staatsbeiträgen bzw. das Verhältnis der bisherigen Objektfinanzierung zur Umstellung auf Investitions-Fallpauschalenanteile.

Die Staatsbeitragsleistungen des Kantons an den Betrieb der Spitäler und deren Investitionen wurden bisher auf der Grundlage des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 und seinen Ausführungsverordnungen mittels Globalbudgets (Betrieb) und Objektkrediten (Investitionen) ausgerichtet. Dieses System muss zwingend auf Fallpauschalen mit Investitionsanteilen umgestellt werden.

3.3 Neues Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG)

Da Planung und Finanzierung der Spitäler in engem Zusammenhang stehen, sind die beiden Bereiche sinnvollerweise in einem neuen Gesetz gemeinsam zu regeln.

4. Drohende finanzielle Folgen der KVG-Revision für den Kanton Zürich

Heute beläuft sich die Gesamtbelastung der öffentlichen Hand im Kanton Zürich für die Spitalversorgung (Betriebsbeiträge und Investitionen) auf rund 1150 Mio. Franken jährlich. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus den Beitragsleistungen an die beiden kantonalen Akutspitäler Universitätsspital Zürich (USZ) und Kantonsspital Winterthur (KSW), die kantonalen psychiatrischen Kliniken, die Grundversorgungsspitäler der Gemeinden und die staatsbeitragsberechtigten inner- und ausserkantonalen Kliniken mit privater Trägerschaft.

Das neue KVG bewirkt ohne Anpassung des kantonalen Rechts eine Mehrbelastung der öffentlichen Hand von bis zu 470 Mio. Franken pro Jahr. Im Gegenzug würden die Versicherer jährlich in der Grössenordnung von 100 bis 200 Mio. Franken entlastet und den Spitalträgerschaften würden je nach Grösse und Angebot des Spitals teilweise Gewinne von weit mehr als 10 Mio. Franken pro Spital verbleiben.

Der durch die KVG-Revision bedingte Mehraufwand der öffentlichen Hand ist im Wesentlichen auf folgende Faktoren zurückzuführen:

- Die Ausdehnung der Planungs- und Mitfinanzierungspflicht der Kantone auf den Versorgungsbedarf aller Einwohnerinnen und Einwohner einschliesslich Zusatzversicherte führte zu einer jährlichen Mehrbelastung der öffentlichen Hand von bis zu 120 Mio. Franken, wenn alle privaten, heute nicht subventionierten Leistungserbringer mit nennenswerten Anteilen an Zürcher Patientinnen und Patienten auf die neue Spitalliste aufgenommen würden. Der Umfang dieser Mehrbelastung hängt einerseits von der Ausge-

staltung der Spitalliste und andererseits vom Entscheid der heute nicht subventionierten privaten Leistungserbringer ab, ob sie ihre Stellung als Nichtlistenspital aufgeben wollen.

- Die zwingende Einbindung des Kantons in das Tarif-Pauschalvergütungssystem mit einem Mindestanteil des Kantons von 55% an den Pauschalen führt in zweierlei Hinsicht zu Mehrbelastungen und in einem Bereich zu einer Entlastung.

a) Zunächst ergibt sich eine jährliche Mehrbelastung von bis zu 200 Mio. Franken durch Veränderungen im Preisbildungsmechanismus: Im bisherigen System wurden die Leistungen der Zürcher Listenspitäler von der Gesundheitsdirektion auf der Grundlage eines strengen Kostenvergleichssystems abgegolten. Dieser Mechanismus bewirkte, dass der Kanton Zürich heute Spitalkosten aufweist, die wesentlich unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen. Aufgrund der Bestimmungen im KVG und seinen Ausführungsbestimmungen zu den Preisbildungsmechanismen ist offen, ob und inwieweit der bisherige Kostendruck auf die Zürcher Leistungserbringer aufrechterhalten bleibt. Der Mehrbetrag von jährlich bis zu 200 Mio. Franken entspräche einer Erhöhung der bisherigen Zürcher Abgeltungen auf das Niveau anderer Kantone mit Universitätsspitalern.

b) Eine weitere Mehrbelastung ergibt sich aus der Preisbildung ohne Anrechnung der Spitalgewinne: Unter bisherigem Recht wurden die Überdeckungen und Gewinne aus ertragsstarken Angeboten wie der Behandlung von Zusatzversicherten in die Globalbudgets eingerechnet und somit bei den Staatsbeitragszahlungen abgezogen. Damit wurde ein System geschaffen, das sicherstellte, dass im mehrheitlich mit Steuergeldern und Mitteln der obligatorischen Krankenversicherung finanzierten Spitalwesen Gewinne in lukrativen Teilbereichen dem Gesamtsystem erhalten blieben. Mit dem neuen Pauschalabgeltungssystem wird effizienten Spitälern ermöglicht, auch die Leistungen der Grundversicherung kostendeckend oder sogar teilweise mit Gewinn zu betreiben. Zur Zulässigkeit von Verrechnungen von Überdeckungen mit dem Anteil des Staates an den Fallpauschalen äussert sich das KVG nicht. Sollte es dem Kanton nicht gelingen, auf die Umstellung auf Fallpauschalen mit dem SPFG eine mit dem Bundesrecht vereinbare, kantonale Abgaberegung zu schaffen, verbleiben Gewinne im geschätzten Umfang von jährlich rund 130 Mio. Franken in Zukunft den Leistungserbringern. Daraus ergibt sich eine Mehrbelastung der öffentlichen Hand im entsprechenden Umfang.

c) Dem Gesamtmehraufwand durch die Veränderungen bei den Preisbildungsmechanismen von jährlich bis zu 330 Mio. Franken steht eine Entlastung von jährlich 80 Mio. Franken (45% von jährlichen pauschalisierten Investitionskosten von 180 Mio. Franken) durch den Ein-

bezug der Versicherer bei der Investitionsfinanzierung gegenüber. Netto verbleibt damit der öffentlichen Hand eine jährliche Mehrbelastung von bis zu 250 Mio. Franken.

- Durch die Ausdehnung der Verpflichtung der Kantone, auch für Hospitalisationen ihrer Einwohnerinnen und Einwohner in Listenspitälern anderer Kantone den KVG-Kostenanteil der öffentlichen Hand auszurichten (Spitalwahlfreiheit im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung), ergibt sich für den Kanton Zürich voraussichtlich eine Mehrbelastung von jährlich rund 100 Mio. Franken.

Unter dem Strich droht damit aus der KVG-Revision die eingangs erwähnte Mehrbelastung der öffentlichen Hand von bis zu 470 Mio. Franken.

Tabelle 1: Zusammenfassung der drohenden finanziellen Auswirkungen der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 auf die öffentliche Hand im Kanton Zürich (ohne SPFG)

Änderungen KVG	Mehrbelastung bzw. Entlastung der öffentlichen Hand (in Mio. Fr.)	Auswirkungen auf andere Akteure
Mitfinanzierung der Leistungen bisher nicht subventionierter Zürcher Spitäler	120	Entlastung der Versicherer
Veränderter Preisbildungsmechanismus (Wegfall Zürcher Benchmarking-Modell)	200	Entlastung der Listenspitäler
Staatsbeiträge ohne Anrechnung der Spitalgewinne	130	Entlastung der Listenspitäler
Beteiligung der Versicherer an den Investitionskosten	-80	Mehrbelastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (und Entlastung des Staates)
Mitfinanzierung der ausserkantonalen Hospitalisationen	100	Entlastung der Versicherer
Total	470	

B. SPFG-Konzeptionierung

1. Vorbemerkung

Im Kanton Zürich hat eine umfassende Spitalversorgung auf hohem Niveau Tradition. Seit den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts haben Gesundheitsdirektion und Regierungsrat über Spitalplanungen

für bestmöglich, aufeinander abgestimmte Angebote gesorgt. Während das KVG in seiner ursprünglichen Fassung und Auslegung durch die Rechtsprechung den Kantonen eine auf ein knappes Bettenangebot fokussierte Planung vorschrieb, eröffnet die KVG-Revision neu die Möglichkeit, wieder wettbewerbsstärkende Impulse zu setzen, die freie Spitalwahl zu unterstützen und auch die Privatspitäler vermehrt in die Gesamtversorgung einzubeziehen. Diese Möglichkeiten sollen mit dem SPFG aufgenommen werden. Die neue Gesetzgebung soll zu einer patientengerechten Spitalliste führen, die zweckmässige, vergleichbare Angebote schafft und fairen Wettbewerb unter den Anbietern ermöglicht. Dazu sind Regelungen gefragt, die Überangebote nicht mit planwirtschaftlichen Eingriffen angehen, sondern die sie durch differenzierte, die im Gesundheitswesen fehlenden Wettbewerbselemente (freie Preisbildung und fehlende Direktbelastung der Patienten) kompensierende Regulative verhindern.

2. Vernehmlassungsentwurf vom Juli 2010

Auf der Grundlage dieser Überlegungen hat die Gesundheitsdirektion einen Gesetzentwurf mit 45 Bestimmungen erarbeitet, der im Juli 2010 in die Vernehmlassung gegeben wurde. Der Entwurf gliederte sich im Wesentlichen in einen Spitalplanungs- und in einen Spitalfinanzierungsteil mit folgenden Eckwerten:

- Konzentration der Versorgungsverantwortung beim Kanton; Entlassung der Gemeinden aus der Verpflichtung zur Führung der Grundversorgungsspitäler,
- umfassende Neuregelung bei der Aufteilung der Beitragsleistungen der öffentlichen Hand an die Kosten der Spitäler und der Pflegeversorgung nach den Grundsätzen des Finanzausgleichsgesetzes vom 12. Juli 2010, wobei zwei Varianten zur Diskussion gestellt wurden. Variante 1: Entlassung der Gemeinden aus der Mitfinanzierungspflicht bei den Grundversorgungsspitälern bei gleichzeitiger Entlassung des Kantons aus der Mitfinanzierungspflicht der Pflegeversorgung (Modell 100/0 bzw. 0/100); Variante 2: Verpflichtung der Gemeinden zur Übernahme von 25% des Gesamtbetrags der Beitragsleistungen des Kantons an die Spitäler bei gleichzeitiger Verpflichtung des Kantons zur Übernahme von 25% des Gesamtbetrags der Beitragsleistungen der Gemeinden an die ambulante und stationäre Pflegeversorgung (Modell 25/75 bzw. 75/25),
- detaillierte Regelung der Bedarfsermittlung im Rahmen der Spitalplanung,

- Definition der Planungsziele und der Anforderungen an die Leistungserbringer der künftigen Spitalliste,
- Aufbau der Spitalliste auf der Grundlage von medizinischen Leistungseinheiten und Leistungsgruppen,
- Einführung einer Gebühr für die Aufnahme auf die Spitalliste,
- detaillierte Regelungen zur Finanzierung der Listenspitäler,
- Verankerung eines Rechnungsmodells zur Bestimmung der genehmigungsfähigen Fallpreise,
- Subventionsmöglichkeit für versorgungsnotwendige Leistungen mit ungenügender Kostendeckung der Sozialversicherungen,
- Einführung eines aus den Erträgen von Zusatzleistungen geäuften Fonds insbesondere zur Stützung von im Bestand gefährdeten, versorgungsnotwendigen Spitälern,
- Finanzierung künftiger Anlagen über Kredite; Möglichkeit der Darlehensgewährung durch den Kanton bei fehlenden privaten Geldgebern,
- Umwandlung der unter bisherigem Recht gewährten Staatsbeiträge in verzinsliche und amortisierungspflichtige Darlehen im Umfang des Restbuchwertes; Erhalt der Differenz zum ursprünglich gewährten Betrag als unverzinsliches, nicht zu amortisierendes ruhendes Guthaben des Kantons,
- Datenschutzbestimmungen nach den Vorgaben des Gesetzes über die Information und den Datenschutz (IDG).

3. Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens

Das Vernehmlassungsverfahren löste ein breites Echo aus. Die Grundkonzeption des SPFG wurde positiv aufgenommen. Im Wesentlichen ergibt sich folgendes Bild:

- Die Konzentration der Verantwortung für die Spitalversorgung beim Kanton wurde allgemein positiv aufgenommen.
- Von den Gemeinden als in erster Linie Betroffenen begrüsst wurde der Vorschlag der Finanzierung des Kostenanteils der öffentlichen Hand für die Spitalversorgung ausschliesslich zulasten des Kantons (Modell 100/0). Die mit diesem Modell verbundene Entlassung des Kantons aus der Mitfinanzierung der ambulanten und stationären Pflegefinanzierung wurde ebenfalls mehrheitlich begrüsst (65 Gemeinden einschliesslich der Städte Zürich und Winterthur). Die Variante, wonach der Kostenanteil der öffentlichen Hand an der Spital- wie auch der Pflegefinanzierung teilweise zulasten des Kantons und teilweise zulasten der Gemeinden ginge (Modell 25/75

bzw. 75/25), wurde mehrheitlich abgelehnt. Eine Minderheit der Vernehmlassungsteilnehmenden (Gemeindepräsidentenverband und einige Gemeinden) verlangten eine ausschliessliche Finanzierung durch den Kanton unter Beibehaltung der Mitfinanzierung der Pflegeversorgung.

- Die detaillierten Bestimmungen zur Bedarfsermittlung wurden insbesondere von den Spitälern als überflüssig bewertet.
- Bei der Definition der Planungsziele und der Anforderungen an die Leistungserbringer der künftigen Spitalliste waren die Meinungen geteilt. Zum Teil wurden die Regelungen als zu dirigistisch empfunden, teilweise wurde aber auch ihre weitere Ausdehnung gefordert.
- Der Aufbau der Spitalliste auf der Grundlage von medizinischen Leistungseinheiten und Leistungsgruppen wurde vorbehaltlos begrüsst.
- Die Gebühren für einen Spitalistenplatz wurden insbesondere von den Spitälern abgelehnt.
- Die detaillierten Regelungen zur Finanzierung der Listenspitäler wurden als unnötig erachtet.
- Die Verankerung eines Rechnungsmodells mit einem im Gesetz festgeschriebenen Referenzwert zur Bestimmung der genehmigungsfähigen Fallpreise wurde als die Verhandlungskompetenz der Versicherer und Leistungserbringer unzulässig und unnötig einschränkend bewertet. Dabei wurde aber der Grundsatz eines Preis- und Kostenvergleichs als solcher von vielen Vernehmlassungsteilnehmenden (insbesondere von Gemeinden, Versicherern und einzelnen Spitälern) nicht infrage gestellt.
- Die Subventionsmöglichkeit für versorgungsnotwendige Leistungen mit ungenügender Kostendeckung der Sozialversicherungen wurde im Grundsatz positiv aufgenommen. Bei den einzelnen Tatbeständen wurden verschiedene Änderungen angeregt.
- Die vorgeschlagene Einführung eines aus den Erträgen von Zusatzleistungen geäuften Stützungsfonds hat unterschiedlichste Reaktionen ausgelöst. Die meisten Spitäler sind nicht bereit, weiterhin Überdeckungen aus Zusatzleistungen zugunsten des Systems zur Verfügung zu stellen. Viele vertreten die Auffassung, dass Spitalleistungen mit ungenügender Tarifstruktur zwar weiterhin, aber ausschliesslich durch öffentliche Mittel zu subventionieren sind. Daneben gibt es aber auch viele Stimmen, die den Fonds begrüssen, teilweise aber Präzisierungen bei den vorgesehenen Verwendungszwecken wünschen.

- Im Bereich der Anlagenfinanzierung wurde von vielen Vernehmlassungsteilnehmenden darauf hingewiesen, dass die Höhe des Investitionskostenanteils der Fallpauschalen eine langfristige Anlagenfinanzierung sicherstellen sollte. Die Anlagenfinanzierung über private oder, falls notwendig, staatliche Darlehen wurde nicht infrage gestellt.
- Die Umwandlung der unter bisherigem Recht gewährten Staatsbeiträge in verzinsliche und amortisierungspflichtige Darlehen im Umfang des Restbuchwertes wurde von den Gemeinden mehrheitlich begrüsst. Seitens der Spitäler wurde ergänzend darauf hingewiesen, dass eine hinreichende Eigenkapitalbasis sichergestellt werden müsse.
- Der Erhalt der Differenz zwischen den Restbuchwerten und den tatsächlich bezahlten Staatsbeiträgen als unverzinsliche Kostenanteile im Sinne der Staatsbeitragsgesetzgebung wurde von den Spitälern mehrheitlich abgelehnt, u. a. weil befürchtet wurde, dass dies eine Fremdmittelaufnahme erheblich erschweren oder verunmöglichen würde.
- Bezüglich der Bestimmungen zur Datenbearbeitung wurde von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden eine Straffung gefordert.

4. Grundzüge der Regelung des SPFG

Vor dem Hintergrund dieses Vernehmlassungsergebnisses wurde der SPFG-Entwurf in verschiedenen Bereichen überarbeitet. Im Wesentlichen wurden Wiederholungen von KVG-Vorgaben wie insbesondere Vorschriften zur Bedarfsermittlung weggelassen und die Datenbearbeitungsbestimmungen gekürzt. Die Vorlage kann so von 45 auf 33 Paragraphen gekürzt werden. Weiter wurden viele inhaltliche Anregungen aus dem Vernehmlassungsverfahren umgesetzt. So wird der Mehrheit der Eingaben folgend das SPFG nach dem Modell 100/0 ausgestaltet. Verzichtet wird auf die Gebühren für einen Spitalistenplatz. Von der Festschreibung eines detaillierten Rechnungsmodells zur Festlegung der Referenzwerte im Tarifgenehmigungsverfahren wird abgesehen. Hingegen wird an der Einrichtung eines Fonds, allerdings in modifizierter Form und unter der neuen Bezeichnung «Zukunfts- und Stützungsfonds im Spitalwesen» festgehalten. Die Grundzüge des SPFG stellen sich nunmehr wie folgt dar:

4.1 Versorgungsverantwortung

Die bisherige Aufteilung der Versorgungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden hat sich zusehends überlebt. Indem die Kantone von Bundesrechts wegen verpflichtet sind, den Spitälern spezifische Leistungsaufträge zu erteilen, haben die Gemeinden den Handlungsspielraum bei der Mitgestaltung der Leistungsaufträge weitgehend verloren. Zudem hat die grosse Mobilität der Zürcher Bevölkerung dazu geführt, dass die Patientinnen und Patienten vermehrt Spitäler ausserhalb ihres «Spitalkreises» aufsuchen. Dieser geänderten Situation trägt das SPFG Rechnung, indem die Versorgungsverantwortung neu auch für die Grundversorgung dem Kanton übertragen werden soll. Die Gemeinden sollen aber (ebenso wie private Anbieter) weiterhin Spitäler als Eigentümerinnen halten und als Betreiberinnen führen können. Sie haben so immer noch alle Möglichkeiten, welche die operative Führung einer Unternehmung eröffnen.

4.2 Spitalplanung und Spitalliste (Versorgungsstruktur)

Zentrale Aufgabe des SPFG ist es, die Verpflichtung des Kantons zur Sicherstellung der stationären Spitalversorgung umzusetzen. Der Gesetzesentwurf sieht vor, die Vielfalt der medizinischen Angebote so zu bündeln, dass sie für Patientinnen und Patienten, zuweisende Ärztinnen und Ärzte, Institutionen und Versicherer überblickbar bleiben. Um die zeitgerechte Notfallversorgung auf dem ganzen Kantonsgebiet sicherzustellen, werden weiterhin auch dezentrale Grundversorgungsangebote notwendig sein. Hingegen sollen aber seltene oder komplexe Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten bedingen, sowie Leistungen, die ein universitäres Umfeld voraussetzen, koordiniert oder konzentriert werden. Um diese Zielsetzungen zu erreichen, sieht das Gesetz den Zusammenschluss medizinischer Leistungen zu ökonomisch und medizinisch zweckmässigen Leistungsgruppen und -paketen vor. Damit kann einer für die Patientinnen und Patienten undurchschaubaren Fragmentierung der Versorgungsstruktur entgegengewirkt werden. Mit der Festlegung von ökonomisch und medizinisch aufeinander abgestimmten Leistungsgruppen wird zudem sichergestellt, dass alle darunter fallenden Behandlungen unabhängig von der Entschädigungshöhe gleichermaßen erbracht werden müssen.

Die Grundvoraussetzungen für die Aufnahme eines Leistungserbringers auf die Spitalliste werden vom KVG vorgegeben. Dieses schreibt vor, dass ein Spitalistenplatz nur an wirtschaftlich und mit hinreichender Qualität arbeitende Spitäler vergeben werden kann.

Um diesen Nachweis erbringen zu können, müssen die Spitäler bezüglich Qualität und Kosten vermehrt Transparenz schaffen. Mehr Transparenz ist auch eine Voraussetzung für den ebenfalls bereits vom KVG geforderten Nachweis, dass die Spitäler keine Selektion ihrer Patientinnen und Patienten nach Versichertenstatus oder Risikogruppen vornehmen.

Im Zeichen der langfristigen Qualitätssicherung bzw. Nachhaltigkeit wird sodann von den Listenspitälern gefordert, dass sie sich im Rahmen der Aus- und Weiterbildung des Spitalpersonals engagieren. Diese Forderung gewinnt zusehends an Gewicht, da der grosse Bedarf der Spitäler an qualifiziertem Personal immer schwieriger auf dem Stellenmarkt zu decken ist. Die Spitäler müssen deshalb verpflichtet werden, mindestens ihrem Eigenbedarf entsprechende Aus- und Weiterbildungskapazitäten zur Verfügung zu stellen.

Die zunehmende Vernetzung zwischen den verschiedenen Institutionen macht es sodann – gerade auch im Hinblick auf die parlamentarischen Diskussionen um «managed care und integrierte Versorgungsmodelle» – erforderlich, dass die Spitäler ihre Versorgungskonzepte mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern abstimmen. Für eine nachhaltige Erfüllung der Leistungsaufträge ist es schliesslich erforderlich, dass die Spitäler ihre Investitionen umsichtig und nachhaltig planen.

Für die praktische Umsetzung der beschriebenen Planungsziele ist ein Verfahren zu schaffen, das die Auswahl der künftigen Listenspitäler nach rechtsgleichen, objektiv überprüfbaren Kriterien sicherstellt. Der Ansatz des SPFG ist, die Spitäler in ein offenes Bewerbungsverfahren einzubeziehen und anschliessend für die Erteilung von Leistungsaufträgen nach Massgabe des dargelegten Anforderungskatalogs zu bewerten. Die Aufträge werden denjenigen Spitälern erteilt, welche die Anforderungen am besten erfüllen und mit denen die Planungsziele bestmöglich umgesetzt werden können, wobei zur Förderung des Wettbewerbs in vertretbarem Umfang auch Überkapazitäten zugelassen werden können. Auf der Grundlage dieser Konzeption hat die Gesundheitsdirektion bereits die für die neue Spitalliste erforderliche leistungsorientierte Planung eingeleitet. In der zweiten Jahreshälfte 2010 wurde ein breites Vernehmlassungsverfahren zu den Bedarfsprognosen durchgeführt, das auf breite Zustimmung gestossen ist. In der ersten Jahreshälfte 2011 wird die Gesundheitsdirektion die Bewerbungen für die Spitalliste auf der Grundlage des Konzepts des SPFG zur Bedarfsdeckung evaluieren und den Erlass der neuen Spitalliste durch den Regierungsrat vorbereiten.

4.3 Finanzierungsbestimmungen (Versorgungsfinanzierung)

Das SPFG beschränkt sich darauf,

- die Zuständigkeiten für die Tarifgenehmigung und -festsetzung, für die Gewährung von Darlehen und Subventionen sowie für die Bewirtschaftung des Fonds zu bezeichnen,
- im Bereich der Tarifgenehmigung Richtlinien zu einer flexiblen Preisbildungspolitik unter Berücksichtigung der inner- und ausserkantonalen Konkurrenzsituation zu schaffen,
- die Subventionierung in Bereichen zu ermöglichen, wo kostendeckende Vergütungssysteme fehlen (z. B. an Leistungen der Unfall- und der Invalidenversicherung, sofern in diesen Bereichen die heute geltenden defizitären Tarifsätze nicht angehoben werden sollten) und soweit sie (beschränkt nur auf die Bereiche der stationären Pflichtleistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung) nicht durch Gewinne aus anderen Leistungsbereichen gedeckt werden können,
- Mehrerträge aus stationären Behandlungen, die über die in der Sozialversicherungsgesetzgebung geschuldeten Leistungen hinausgehen (Zusatzleistungen), zu abgestuften Prozentsätzen (zwischen 10 und 25%) in einen zentralen, zweckgebundenen Zukunfts- und Stützungsfonds zu leiten, der insbesondere der Förderung von neuen Versorgungsmodellen sowie der höchstens hälftigen Mitfinanzierung von staatlichen Subventionen an Bereiche mit ungenügender Kostendeckung und an bestandesgefährdete unverzichtbare Spitäler dienen soll,
- die bis 31. Dezember 2011 gewährten Staatsbeiträge an Investitionen zu ihrem Restbuchwert in rückzahlbare und verzinsliche Darlehen umzuwandeln, wobei neue Investitionen von den Spitälern aus eigenen Mitteln, Darlehen Dritter oder des Kantons finanziert werden sollen.

5. Verminderung der Mehrbelastungen der öffentlichen Hand durch das SPFG

Wie unter A.4 ausgeführt, müsste aufgrund der revidierten Bestimmungen des KVG für den Kanton mit jährlichen Mehrbelastungen zur Finanzierung des Spitalwesens von bis zu 470 Mio. Franken gerechnet werden. Diese drohenden Mehrkosten können mit dem SPFG um 310 Mio. Franken auf 160 Mio. Franken pro Jahr gesenkt werden; diese Verminderung wird durch folgende Regulierungen ermöglicht:

- Mit der in § 10 SPFG für Tarifgenehmigungen und -festsetzungen vorgesehenen Berücksichtigung der inner- und ausserkantonalen Kosten- und Preisentwicklung wird weiterhin ein auf den Wettbewerb ausgerichteter, kosten- und preissenkender Druck auf die Leistungserbringer aufrechterhalten werden können. Unter der Annahme, dass damit zumindest das mittlere Kosten- und Preisniveau im Kanton Zürich als massgeblicher Referenzwert für die Tarifgenehmigung und -festsetzung gehalten werden kann, sollten die drohenden Mehrkosten von 200 Mio. Franken um 120 Mio. Franken auf 80 Mio. Franken gesenkt werden können.
- Dem Zukunfts- und Stützungsfonds gemäss § 12 SPFG werden jährlich rund 50 Mio. Franken zufließen, womit sich die den Spitälern belassenen Mehrerträge aus der Behandlung von Zusatzversicherten von 130 Mio. Franken entsprechend vermindern. Werden davon 25 Mio. Franken pro Jahr für Mitfinanzierungen von Stützungsmassnahmen im Notfall nach § 22 Abs. 1 lit. a zurückgestellt, verbleiben jährlich bis zu 25 Mio. Franken zur Mitfinanzierung von staatlichen Subventionen gemäss § 11 SPFG. Weitere Mehrerträge von voraussichtlich rund 15 Mio. Franken werden sodann aufgrund der Bestimmung von § 11 Abs. 2 SPFG zur Kostendeckung weiterhin defizitärer Tarife der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung systemerhaltend einbehalten werden können, wodurch sich der staatliche Mehraufwand für Subventionen gesamthaft um 40 Mio. Franken verkleinert.
- Durch die Umwandlung der unter geltendem Recht gewährten Investitionsbeiträge in verzinsliche und amortisierungspflichtige Darlehen gemäss § 30 SPFG entfallen entsprechende Abschreibungs- und Verzinsungskosten der öffentlichen Hand im Umfang von jährlich 100 Mio. Franken.

Über diese Aufwandverminderung im Gesamtbetrag von 260 Mio. Franken hinaus eröffnet sich bei rechtzeitiger Inkraftsetzung des SPFG und der neuen Spitalliste auf den 1. Januar 2012 weiteres Einsparpotenzial, das aber von vielen schwer vorhersehbaren Faktoren bestimmt wird und vorsichtig auf rund 50 Mio. Franken veranschlagt werden kann: Verzögert sich die Inkraftsetzung, droht die Gefahr, dass sämtliche bisher nicht subventionierten Spitäler mit privater Rechtsträgerschaft auf dem Gebiet des Kantons Zürich in die staatliche Finanzierung miteinbezogen werden müssen. Wird über das SPFG Klarheit über die Voraussetzungen zur Aufnahme auf die Spitalliste geschaffen, wird sich allenfalls ein Teil der Spitäler dazu entscheiden, weiterhin als Nichtlistenspitäler (Vertragsspitäler oder Spitäler ohne KVG-Bezug, die keine Staatsbeiträge beziehen) tätig zu sein. Zudem wird sich allenfalls zeigen, dass verschiedene Spitäler die Anforderun-

gen für die Erteilung eines Leistungsauftrags nicht erfüllen. Der Anteil der Leistungen der bisher nicht subventionierten Spitäler, der neu über die Spitalliste auch zulasten des Kantons abzurechnen sein wird, ist mit vielen unbekanntem Grssen behaftet. Wie hoch er schliesslich ausfallen wird, hängt zunächst einmal von den Absichten der heute nicht subventionierten Spitäler ab. Deren Verhalten hängt wiederum auch davon ab, in welchem Umfang die Versicherer bereit sein werden, Spitäler neu zu Vertragsspitalern zu machen. Geht man davon aus, dass künftig 60% der Leistungen der bisher nicht subventionierten Spitäler neu im Rahmen der Spitalliste abgewickelt werden und somit noch 40% der Leistungen ohne Staatsbeiträge erbracht werden, entspricht dies einer Verkleinerung des unter A.4. geschätzten Höchstbetrags von 120 Mio. Franken um rund 50 Mio. Franken auf rund 70 Mio. Franken.

Tabelle 2: Zusammenfassung der finanziellen Auswirkungen der KVG-Revision und des SPFG auf die öffentliche Hand im Kanton Zürich

Änderungen KVG / Regelungen SPFG	Mehrbelastung bzw. Entlastung der öffentlichen Hand aufgrund KVG-Revision (in Mio. Fr.)	Verminderung der Mehrbelastung der öffentlichen Hand durch SPFG (in Mio. Fr.)	Kombinierte Auswirkung von KVG-Revision und SPFG auf die öffentliche Hand (in Mio. Fr.)
Veränderter Preisbildungsmechanismus (Wegfall Zürcher Benchmarking-Modell) / Tarifgenehmigung auf der Grundlage von Betriebsvergleichen	200	-120	80
Staatsbeiträge ohne Anrechnung der Spitalgewinne / Zukunfts- und Stützungsfonds (-25) und Subventionsvoraussetzungen (-15)	130	-40	90
Wegfall von Abschreibungen und Zinsen / Umwandlung bisherige Beiträge in Darlehen		-100	-100
Mitfinanzierung der Leistungen der bisher nicht subventionierten Spitäler auf der Spitalliste / Anforderungen an die Leistungserbringer	120	-50	70
Mitfinanzierung der ausserkantonalen Hospitalisationen	100	0	100
Beteiligung Versicherer an Investitionskosten	-80	0	-80
Total	470	310	160

Von der verbleibenden Mehrbelastung der öffentlichen Hand im Umfang von 160 Mio. Franken profitieren insbesondere die Versicherer und die Leistungserbringer (vgl. Tabelle 1, Spalte «Auswirkungen auf andere Akteure»).

6. Auswirkungen auf den Staatshaushalt und die Gemeindefinanzen (Gesamtbetrachtung)

Die dargestellten finanziellen Folgen der KVG-Revision und der SPFG-Regelungen beruhen auf den Daten des Rechnungsjahres 2008. Für die Beurteilung der Auswirkungen insgesamt auf die öffentliche Hand im Jahr 2012 sind bei dieser Sachlage zusätzlich die bis dazumal voraussichtlich entstehende Kosten- und Leistungsmengenentwicklung sowie die Veränderung in der Lastenteilung zwischen Kanton und Gemeinden unter Einbezug auch der Kosten der Pflegeversorgung zu beachten.

Die Aufwandsteigerung aufgrund der Kosten- und Leistungsmengenentwicklung von 2008 bis 2012 ist (bei Aufrechterhaltung eines kostendämpfenden Tarifgenehmigungsverfahrens) auf rund 2% bzw. rund 105 Mio. Franken zu veranschlagen. Im Ergebnis beläuft sich somit die Mehrbelastung der öffentlichen Hand im Jahr 2012 im Vergleich zum Referenzjahr 2008 auf rund 265 Mio. Franken (Auswirkung von KVG-Revision und SPFG: 160 Mio. Franken; Kosten- und Leistungsmengenentwicklung: 105 Mio. Franken). Der Beitrag der öffentlichen Hand an die Spitalfinanzierung erhöht sich somit von 1150 Mio. Franken 2008 (vgl. A.4, Tabelle 1) voraussichtlich auf rund 1415 Mio. Franken 2012.

Nach heutigem Recht teilen sich Kanton und Gemeinden in die Mitfinanzierungspflicht der öffentlichen Hand sowohl bei der Spitalversorgung wie auch bei der Pflegeversorgung (Pflegeheime und Spitex). Bei der Spitalversorgung liegt die Hauptlast mit einem Anteil von 77% (Rechnungsjahr 2008) beim Kanton (Gemeinden: 23%), während umgekehrt bei der Pflegeversorgung die Hauptlast mit einem Anteil von 86% von den Gemeinden (Kanton: 14%) getragen wird. Das in der Vernehmlassung mehrheitlich begrüßte und im SPFG umgesetzte Modell 100/0 führt wie dargelegt zu einer Bereinigung der Finanzströme, indem künftig die Spitalversorgung ausschliesslich vom Kanton und die Pflegeversorgung ausschliesslich von den Gemeinden mitfinanziert werden soll. Für die gesamthafte Auswirkung der KVG-Revision, der SPFG-Regelungen und des Modells 100/0 im Jahr 2012 auf den Kanton und die Gemeinden sind daher auch die Aufwendungen der öffentlichen Hand für die Pflegeversorgung zu berücksichtigen, die unter Beachtung der neuen Pflegefinanzierungsvorschriften und der Kostenentwicklung für das Jahr 2012 auf rund 375 Mio. Franken veranschlagt werden. Aufgrund des Modells 100/0 entfällt im Jahr 2012 der Anteil der Gemeinden an der Spitalfinanzierung im Umfang von rund 325 Mio. Franken (23% von 1415 Mio. Franken), was zu einer entsprechenden Mehrbelastung des Kantons führt. Umgekehrt entfällt der Anteil des Kantons an der Pflegefinanzierung im Umfang von rund

70 Mio. Franken, was zu einer entsprechenden Mehrbelastung der Gemeinden führt. Gesamthaft führt somit das Modell 100/0 zu einer Finanzlastverschiebung von den Gemeinden zum Kanton in Umfang von rund 255 Mio. Franken. Von der sich unter dem Strich ergebenden Mehrbelastung des Staatshaushaltes (gegenüber 2008) im Gesamtbetrag von 520 Mio. Franken sind im KEF 2011–2014 ab 2012 195 Mio. Franken eingestellt; ausgeklammert blieb bisher die Mehrbelastung aufgrund des Modells 100/0. Bei Verabschiedung des SPFG durch den Kantonsrat in der vorliegenden Form sind als Folge des Modells 100/0 (255 Mio. Franken) und der gegenüber der Vernehmlassungsversion veränderten Preisbildungsmechanismen bei der Tarifgenehmigung (70 Mio. Franken) zwingend zusätzliche Staatsmittel in der Grössenordnung von 325 Mio. Franken im KEF einzustellen. Ohne diese zusätzlichen Mittel kann das Modell 100/0 nicht umgesetzt werden, weil insbesondere vor dem Hintergrund der im Rahmen von San10 beschlossenen Sparmassnahmen weitere Aufwandkürzungen in anderen Verwaltungsbereichen nicht mehr möglich sind. Die Gemeinden werden durch das Modell 100/0 wie erwähnt (auf der Grundlage der Zahlen 2008) um 255 Mio. Franken entlastet. Diese Entlastung wird allerdings durch die zu erwartende Kostenentwicklung im Zeitraum 2008–2012 um 120 Mio. Franken auf 135 Mio. Franken vermindert. Über den Umgang mit diesen Einsparungen werden die Gemeinden im Rahmen der Gemeindeautonomie zu befinden haben. Die Aufteilung der Gesamtentlastung auf die einzelnen Gemeinden wird gemäss § 28 SPFG jedenfalls vom Kanton gerechnet und den Gemeinden mitgeteilt.

Da die Krankenkassenprämien des Kantons Zürich 2011 unter der schweizerischen Durchschnittsprämie liegen, könnte der Kanton den Vergütungsanteil der öffentlichen Hand an den Pauschalen von 55% auf bis zu 45% senken. Jede Senkung um einen Prozentpunkt würde die öffentliche Hand um etwa 20 Mio. Franken pro Jahr entlasten. Diese Entlastungsmöglichkeit besteht aber während längstens fünf Jahren und der tiefere Finanzierungsanteil muss, falls davon Gebrauch gemacht wird, im Verlaufe der Jahre schrittweise wieder auf 55% angehoben werden (Übergangsbestimmungen zur KVG-Revision vom 21. Dezember 2007). Die Auswirkungen der Senkung des kantonalen Vergütungsanteils auf die Prämien hängen wiederum davon ab, ob die in der Vergangenheit im Kanton Zürich durch die Versicherer angehäuft Reserveüberdeckungen im Gesamtbetrag von rund 500 Mio. Franken zur Kompensation der staatlichen Beitragssenkung herangezogen werden.

7. Ausgabenbremse

Bestimmungen, die neue Staatsbeiträge vorsehen, Beitragstatbestände erweitern oder bestehende Beitragssätze erhöhen, bedürfen gemäss Art. 56 Abs. 2 der Kantonsverfassung der Zustimmung der Mehrheit aller Mitglieder des Kantonsrates. Dabei ist das qualifizierte Mehr auch bereits dann erforderlich, wenn ungewiss ist, ob es tatsächlich zu Mehrausgaben kommt; es genügt die Möglichkeit, dass eine Bestimmung Mehrausgaben nach sich ziehen kann (Matthias Hauser, Kommentar zur Zürcher Kantonsverfassung, Art. 56 N. 23). Die Frage der Mehrausgaben stellt sich bezüglich der §§ 21 und 22 SPFG. Bei den übrigen Bestimmungen rechnet der Regierungsrat nicht mit Mehrausgaben.

Mit dem in § 21 Abs. 2 SPFG verankerten Modell 100/0, d. h. vollumfängliche Übernahme des Kostenanteils der öffentlichen Hand für die Spitalversorgung, ergeben sich Mehrkosten für den Kanton. Auch bei § 22 SPFG kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Bestimmung Mehrausgaben nach sich ziehen wird.

Der Kantonsrat wird zu prüfen haben, in welcher Form er die Ausgabenbremse zur Anwendung bringen muss.

8. Obligatorisches Referendum

Neue Abgaben, wie sie das SPFG den Listenspitälern zur Äufnung des Zukunfts- und Stützungsfonds auferlegt, sind aus abgaberechtlicher Sicht als Steuern zu qualifizieren und unterstehen somit gemäss Art. 32 lit. f der Kantonsverfassung dem obligatorischen Referendum. Das SPFG ist deshalb gesamthaft dem obligatorischen Referendum zu unterstellen.

C. Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

§ 1. Zweck

Mit § 1 wird die in der Bundes- und in der Kantonsverfassung festgehaltene Verpflichtung des Staates zur Sicherstellung einer ausreichenden und wirtschaftlich tragbaren Gesundheitsversorgung in Spitälern umgesetzt. Die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten beansprucht grosse finanzielle Mittel. Bei der konkreten Ausgestaltung des Systems ist deshalb auf Nachhaltigkeit zu achten. Dieser Forderung wird mit dem SPFG Rechnung getragen, indem in

§ 1 eine langfristig finanzierbare Gesundheitsversorgung vorgeschrieben wird. Den Kantonen wird mit übergeordneten Versorgungs- und Planungsvorgaben insbesondere im Bereiche des KVG ein Mass an Systemsteuerung vorgeschrieben, das dem freien Wettbewerb Grenzen setzt. Wo aber die Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes Raum lässt, sollen wettbewerbliche Elemente gefördert und damit positive Impulse für ein vielfältiges und konkurrenzfähiges Leistungsangebot der Spitäler zu günstigen Preisen und hinreichender Qualität gesetzt werden.

§ 2. Begriffe

Zur leichteren Lesbarkeit des Gesetzes werden in § 2 häufig verwendete Begriffe erklärt und definiert. Bei den Spitalern gilt es klarzustellen, dass damit die Institution in ihrer Gesamtheit erfasst werden soll, damit alle Behandlungs- und Untersuchungsleistungen in die Abrechnungsberechtigung gegenüber den Sozialversicherern eingebunden sind. Unter die Spitäler fallen sodann (vgl. Art. 39 KVG) alle Einrichtungen nicht nur der somatischen Akutversorgung, sondern auch die Psychiatrischen Kliniken und die Rehabilitationsspitäler. Der B-Listenstatus der Spitalliste 1998 wird vom revKVG in modifizierter Form als Vertragsspital weitergeführt (vgl. Art. 49a Abs. 4 revKVG). Neu sind es aber nicht mehr die Kantone, welche die Kassensockelbeitragsberechtigung verleihen, sondern es ist dieser Status zwischen Versicherern und Leistungserbringern auszuhandeln. Neben den Listenspitalern und den Vertragsspitalern gibt es die Kategorie der Spitäler ohne KVG-Bezug. Es handelt sich dabei um Spitäler, die ausserhalb des Geltungsbereichs des KVG ausschliesslich nach Privatrecht tätig sind. Schliesslich werden die für die Spitalplanung und Spitalliste massgeblichen Begriffe medizinische Leistungseinheiten und Leistungsgruppen und der im Zusammenhang mit der Gewinnregelung anzuwendende Begriff Zusatzleistungen definiert.

§ 3. Grundsätze

Wie einleitend unter B.4.1 ausgeführt, soll im SPFG die heute noch gemeinsame Verantwortung von Kanton und Gemeinden zur Sicherstellung der Spitalversorgung neu beim Kanton konzentriert werden. Dieser Systemwechsel wird in Abs. 1 von § 3 zum Ausdruck gebracht. Aus der Versorgungsverantwortung leitet sich indessen für den Regelfall keine Verpflichtung des Kantons zum Betrieb eigener Spitäler ab. Der Kanton nimmt nach dem SPFG seine Versorgungsverantwortung

in erster Linie durch eine zweckmässige Spitalplanung und deren sinnvolle Umsetzung über die Spitalliste wahr. Der Betrieb der Spitäler soll weiterhin Sache privater Trägerschaften, der Gemeinden oder, insbesondere bei überregionalen Versorgungsaufgaben, des Kantons bleiben.

§ 4. Stationäre KVG-Pflichtleistungen; Planungsbereiche und -ziele

Für die Planung wird in Abs. 1 die Gesundheitsdirektion zuständig erklärt. Die Spitalplanung umfasst gemäss Abs. 2 die Bereiche Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten einschliesslich Rehabilitation und Sterbebegleitung.

In Abs. 3 werden die Zielsetzungen der Spitalplanung festgelegt. An sich wäre der Bund gemäss Art. 39 revKVG verpflichtet, einheitliche Planungskriterien zu erlassen. Er hat dazu eine breite Vernehmlassung durchgeführt, vermochte aber daraus kein Konzept abzuleiten. Auf das Inkrafttreten der KVG-Revision sind die Kantone deshalb im Interesse der Rechtssicherheit gefordert, die Planungsziele selbst festzulegen und der Forderung des KVG nach einem qualitativ ausreichenden, wirtschaftlich tragbaren und langfristig finanzierbaren Spitalangebot eigenständig nachzukommen. Dabei sollen sie einerseits Wettbewerb ermöglichen und andererseits den nach wie vor unverändert bestehenden Anspruch der grundversicherten Patientinnen und Patienten auf rechtsgleichen, raschen Zugang zu einer umfassenden Versorgung sicherstellen.

Eine patientengerechte Spitalplanung muss ein Angebot schaffen, das für die Bevölkerung einfach zugänglich ist. Diese Forderung bedingt für einen Kanton mit rund 1,3 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern die Beibehaltung eines Grundversorgungsangebots, was durch die Planungsvorgaben «Zusammenzug von Leistungen zu übersichtlichen Angeboten» und «zeitgerechte Notfallversorgung über den ganzen Kanton» sichergestellt wird. Seltene oder komplexe Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern, müssen dagegen aus Qualitäts- oder Kostengründen koordiniert oder konzentriert werden. Gleiches gilt für Leistungen, die in Zusammenhang mit einem Lehr- und Forschungsauftrag stehen. Allgemein sollen die medizinischen Angebote zu Leistungseinheiten zusammengefasst werden, die verwandte medizinische Fragenkomplexe umfassend abdecken und nur gesamthaft als Leistungsauftrag vergeben werden dürfen. Damit soll im Interesse der Patientinnen und Patienten bzw. der Versorgungssicherheit erreicht werden, dass auch die finanziell weniger attraktiven medizinischen Eingriffe weiterhin angeboten werden.

§ 5. Anforderungen an die Leistungserbringer

Bei der Festlegung der Anforderungen, die ein Spital erfüllen muss, um auf die Spitalliste aufgenommen zu werden, müssen die KVG-Bedingungen «bedarfsgerechte Spitalversorgung, Wirtschaftlichkeit und Qualität» konkretisiert werden.

- Das SPFG verlangt vor diesem Hintergrund zunächst den Nachweis der erforderlichen, auf die Dauer des Leistungsauftrags abgestimmten Infrastruktur und genügender Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten für eine angemessene Patientenversorgung.
- Die Spitäler müssen sich über ein den bundesrechtlichen Vorgaben genügendes Qualitätssicherungskonzept ausweisen.
- Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen müssen von den Listenspitälern nach rechtsgleichen Kriterien aufgenommen und versorgt werden. Deshalb schreibt das KVG in Art. 41a den Listenspitälern ausdrücklich eine allgemeine Aufnahmepflicht und Aufnahmebereitschaft vor. Sie müssen die erforderlichen Kapazitäten nicht nur für externe Zuweisungen durch Privatärztinnen und Privatärzte und andere Spitäler, sondern auch für Direktaufnahmen von Patientinnen und Patienten vorhalten.
- Die Übernahme und Übergabe von Patientinnen und Patienten von anderen und an andere Institutionen soll nach klaren Konzepten erfolgen.
- Die Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens muss im Interesse der Gesamtversorgung sichergestellt sein. Deshalb können bereits nach dem Gesundheitsgesetz alle Institutionen des Gesundheitswesens verpflichtet werden, sich angemessen zu beteiligen. Im SPFG ist nun diese Verpflichtung zur Aufnahmebedingung für alle Listenspitäler zu erheben.
- Hinsichtlich der Kostenrechnung müssen die Listenspitäler eine klare Zuordnung und Abgrenzung der Leistungen nach Versicherungszweigen und weiteren Dienstleistungen ermöglichen, damit die vom KVG vorgeschriebenen Kosten- und Preisvergleiche fachgerecht durchgeführt werden können.

Zur Präzisierung der Anforderungen kann die Gesundheitsdirektion eigene Richtlinien erlassen oder Verbandsrichtlinien für verbindlich erklären.

Nachdem jedenfalls in der Anfangsphase der Neukonstitution der Spitalliste voraussichtlich nicht alle für die Versorgung erforderlichen Leistungserbringer die Anforderungen nach dieser Bestimmung restlos werden erfüllen können, sollen Ausnahmen möglich sein, wobei mittels Ausgleichsleistungen zumindest wirtschaftlich für gleich lange Spiesse zu sorgen sein wird. Infrage kommen neben Ersatzabgaben

auch dem Gesamtsystem dienliche Sonderleistungen wie die Versorgung schwer behandelbarer Patientinnen und Patienten.

§ 6. Auswahlkriterien

Es steht Leistungserbringern in der ganzen Schweiz offen, sich um einen Spitalistenplatz zu bewerben. Die Leistungsaufträge werden allgemein denjenigen Leistungserbringern erteilt, welche die beschriebenen Anforderungen am besten erfüllen und mit denen die Planungsziele bestmöglich umgesetzt werden können. Nach enger Auslegung des KVG dürften grundsätzlich nur so viele Leistungserbringer berücksichtigt werden, als zur Deckung des ermittelten Bedarfs nötig sind. Damit würde jedoch das Versorgungssystem zementiert, und neue Anbieter wären zum Vornherein ausgeschlossen. Um die Innovationsbereitschaft zu erhalten sowie eine qualitätssteigernde und kostensenkende Konkurrenz zu fördern, schafft der Gesetzesentwurf die Voraussetzungen, um ausnahmsweise über den eigentlichen Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilen zu können.

§ 7. Spitalliste

Spitalplanung und Evaluationsverfahren werden durch die Gesundheitsdirektion zuhanden des Regierungsrates durchgeführt. Dieser genehmigt die Spitalplanung und beschliesst die Spitalliste, mit der den Leistungserbringern die Leistungsaufträge zugesprochen werden. Er passt die Spitalliste an, wenn die Leistungsaufträge nicht mehr bedarfsgerecht sind.

Leistungsaufträge als solche können von den Spitälern nicht auf andere Leistungserbringer übertragen werden. Da die Vergabe der Leistungsaufträge von Bundesrechts wegen Sache der Kantone ist, ist eine Splittung des Leistungsauftrags nur über eine Änderung der Spitalliste durch den Kanton möglich. Damit soll erreicht werden, dass der Leistungsauftragnehmer als solcher gegenüber dem Staat und den Patientinnen und Patienten verantwortlich bleibt. Hieraus folgt letztlich auch, dass die für die Erfüllung der Leistungsaufträge erforderliche Infrastruktur vom Leistungsauftragsnehmer selbst betrieben werden muss. Möglich ist hingegen die Untervergabe von nicht an der Patientin oder am Patienten selbst erbrachten medizinischen Supportleistungen wie Laboruntersuchungen an Dritte.

Damit die Spitalliste lesbar bleibt, soll sie nur das Leistungsspektrum nach Leistungsgruppen aufzeigen. Die Untergliederung in medizinische Leistungseinheiten sowie die mit den Aufträgen verbundenen

Auflagen und Bedingungen werden im Anhang zur Spitalliste festgelegt. Die Gesundheitsdirektion ist beauftragt, den Anhang nach der medizinischen Entwicklung fortzuschreiben und an Änderungen der eidgenössischen Tarifstruktur anzupassen. Sie kann die Modalitäten der Leistungsaufträge mit den Leistungserbringern in Vereinbarungen spezifizieren. Notfalls setzt der Regierungsrat diese fest.

§ 8. Dauer der Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge setzen in der Regel grosse Investitionen voraus. Die Leistungserbringer sind deshalb auf Kontinuität angewiesen. Nach dem SPFG sind die Aufträge deshalb grundsätzlich unbefristet zu erteilen und müssen umgekehrt vom Leistungsauftragnehmer langfristig erfüllt werden. Sind sie von Bedingungen abhängig oder ergibt sich die Notwendigkeit von Befristungen, sind solche gesondert auszuhandeln und im Anhang zur Spitalliste festzulegen. Erfordert die rollend nachzuführende Spitalplanung zur bedarfsgerechten Versorgungsdeckung Änderungen, sind diese in Umsetzung der KVG-Verpflichtung ohne Kündungsfrist möglich. In solchen Fällen soll nach dem SPFG Leistungserbringern, die Leistungsaufträge verlieren, eine angemessene Frist zur Einstellung der entsprechenden Versorgungsleistungen gewährt werden.

§ 9. Weitere Leistungsbereiche

Bereits das KVG sieht vor, dass Listenspitäler auch Leistungen für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten erbringen können. Dem soll mit § 9 Rechnung getragen werden. Eine sinnvolle Versorgungsstruktur verlangt zudem, dass KVG-Listenspitäler auch gewisse ambulante Leistungen sowie Leistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung anbieten. Zudem soll es ihnen möglich sein, ausserkantonale Patientinnen und Patienten zu versorgen. Solche weiteren Leistungen dürfen aber die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge nicht beeinträchtigen.

Für die Bedarfssicherung nach KVG sind auch die an zusatzversicherten Patientinnen und Patienten erbrachten Leistungen zu erfassen. Für die Bedarfssicherung über die Spitalliste ist dann aber nur der Bedarf massgeblich, der nicht durch Vertragsspitäler und Spitäler ohne KVG-Bezug gedeckt wird. Dieser Aufgabenstellung trägt das SPFG Rechnung und ermächtigt die Gesundheitsdirektion zugleich, auch ambulante Leistungen und Leistungen im Bereich der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung bei der Versorgungsplanung mit zu berücksichtigen.

§ 10. Stationäre Leistungen gemäss KVG

Die leistungsbezogenen Pauschalen zur Abgeltung der stationären Spitalleistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden von den Tarifpartnern, d. h. den Leistungserbringern und den Versicherern, periodisch verhandelt und in Tarifverträgen vereinbart. Bei der Genehmigung der Tarifverträge oder im Fall einer Nicht-einigung zwischen den Tarifpartnern bei der Festsetzung der Tarife richtet sich der Regierungsrat nach den Vorgaben des KVG und berücksichtigt insbesondere die Effizienz, die Kostengünstigkeit und die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistungserbringung sowie die Sicherstellung der notwendigen Qualität der Leistungen. Er berücksichtigt weiter die vom Bundesrat gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG durchgeführten Betriebsvergleiche oder, sofern diese fehlen, die von der Gesundheitsdirektion für Zürcher Listenspitäler auf der Grundlage von schweregradbereinigten Fallkosten durchgeführten Betriebsvergleiche (vgl. § 26 SPFG). Schliesslich berücksichtigt der Regierungsrat bei der Tarifgenehmigung bzw. -festsetzung auch die inner- und ausserkantonale Kosten- und Preisentwicklung.

§ 11. Weitere Leistungen

Die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden wie dargelegt nach den Bestimmungen des KVG grundsätzlich zu 100% von der öffentlichen Hand und den Versicherern gedeckt. In anderen Versicherungszweigen sollte der Finanzierungsanteil der Versicherer 100% betragen, erreicht diesen Kostendeckungsgrad jedoch teilweise nicht. So liegt der durchschnittliche Deckungsgrad bei der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung (UV, IV, MV) bei rund 80%. Aber auch im Bereich der KVG-Pflichtleistungen sind Fälle denkbar, in denen die Tarife keine Kostendeckung garantieren, wie beispielsweise bei spitalgebundenen ambulanten Pflichtleistungen. Nicht im Tarif enthalten sind auch die Kosten für die Erbringung von Leistungen der universitären Spitäler für Forschung und Lehre – sie sind gesondert abzugelten. Ebenfalls nicht vom DRG-Tarif gedeckt sind und zu Lücken führen beispielsweise Aufwendungen für Pandemievorsorge, Bereitstellung von Rettungsdiensten oder geschützten Operationssälen, Leistungen im Rahmen wissenschaftlich entwickelter neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder neuer Versorgungsmodelle. Das alles sind gemeinwirtschaftliche Leistungen. Solche Deckungslücken können nach geltendem Recht über die Finanzierungsbestimmungen im Gesundheitsgesetz aufgefangen werden, die letztlich immer noch auf eine Defizitdeckung ausgerichtet

sind. Das SPFG sieht nun neu die Möglichkeit von Subventionen bis zu 100% an die ungedeckten Kosten vor. Bei stationären Pflichtleistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung ist eine Subventionierung allerdings nur dann möglich, wenn die ungedeckten Kosten nicht im Rahmen der Gesamtrechnung des Spitals, d. h. mit Gewinnen aus Zusatzleistungen, aufgefangen werden können. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass die Spitalversorgung gesamthaft als öffentliche Aufgabe zu betrachten ist und zum grössten Teil über Krankenversicherungsprämien und Steuergelder von der Bevölkerung getragen wird. Soweit in diesem von der Öffentlichkeit getragenen System in Teilbereichen eines Spitals Ertragsüberschüsse entstehen, sind diese systemgerecht zur Kompensation von Unterdeckungen in anderen Bereichen heranzuziehen. Ist ein solcher Ausgleich nicht möglich, was insbesondere bei Leistungserbringern der Fall ist, deren Patientenstruktur wie z. B. beim Kinderspital keine Eigenfinanzierung über Erträge aus Zusatzleistungen erlaubt, müssen die fehlenden Mittel durch den Staat zugesprochen werden, damit defizitäre, aber versorgungspolitisch sinnvolle Leistungen überhaupt noch erbracht werden. Diese Subventionen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, werden in Form von leistungsbezogenen Pauschalen und nur unter der Voraussetzung einer wirtschaftlichen Betriebsführung gewährt. Da der Subventionszweck und der Höchstsatz im Gesetz festgelegt sind, handelt es sich dabei gemäss § 3 Abs. 2 lit. a des Staatsbeitragsgesetzes um gebundene Ausgaben.

§ 12. Zukunfts- und Stützungsfonds; Zweck

Wie dargelegt, erbringen die Spitäler über die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinaus Zusatzleistungen, die von den Patientinnen und Patienten oder von deren Zusatzversicherungen gedeckt werden und bei den meisten Spitalern Ertragsüberschüsse ermöglichen, die weit über den zum Ausgleich von Unterdeckungen im Sinne von § 11 Abs. 1 lit. a benötigten Mitteln liegen. Da diese Leistungen auf den Sockelleistungen der Grundversicherung aufgebaut sind und in erheblichem Umfang die Basisinfrastruktur des Spitals beanspruchen, ist es folgerichtig, bei Spitalern mit einem öffentlichen Leistungsauftrag einen Teil auch dieser Erträge zweckgebunden wiederum für den Erhalt des Gesamtsystems einzusetzen. Anstelle fragwürdiger Gewinnbeteiligungsvorschriften sieht das Gesetz die Zweckbindung eines Teils der Erträge aus Zusatzleistungen vor. Die Ertragsanteile werden einem Zukunfts- und Stützungsfonds zugewiesen. Dieser dient gemäss Abs. 2 in erster Linie der Mitfinanzierung von Subventionen an ungedeckte Kosten gemäss § 11 und der Mitfi-

nanzierung von Subventionen an bestandesgefährdete, unverzichtbare Spitäler gemäss § 22 Abs. 1 sowie der Deckung ungedeckter Betriebskosten von Listenspitälern in Liquidation.

§ 13. Zukunfts- und Stützungsfonds; Äufnung

Der Zukunfts- und Stützungsfonds wird über Ertragsanteile aus Zusatzleistungen geäufnet. Bei der Festlegung der dem Fonds zuzuweisenden Ertragsanteile wurde einerseits darauf geachtet, dass den leistungserbringenden Spitalern wirksame Anreize zum Erhalt eines konkurrenzfähigen Angebots für Privatpatientinnen und Privatpatienten verbleiben. Andererseits sollen die zweckgebundenen Fondsmittel einen Umfang aufweisen, der die in § 12 Abs. 2 vorgesehenen Massnahmen zur Stabilisierung des Gesamtsystems tatsächlich ermöglicht. Eine Zweckbindung von 10–25% der Erträge je nach Zusatzversichereranteil belässt den Spitalern erhebliche Mittel aus dem Zusatzleistungsgeschäft. Welche Erträge den Spitalern tatsächlich jährlich zufließen und wie hoch die Fondsmittel ausfallen, wird wesentlich von der Entwicklung der Zahl der Privatpatientinnen und Privatpatienten abhängen und kann deshalb nicht genau vorausgesagt werden. Zudem hängt der Mittelzufluss in den Fonds auch davon ab, welchen Spitalern mit der Spitalliste 2012 Leistungsaufträge in welchem Umfang zugesprochen werden. Aufgrund der bisherigen Erträge aus Zusatzleistungen der subventionierten Listenspitäler ist mit einem jährlichen Mittelzufluss in den Fonds von rund 50 Mio. Franken zu rechnen. Damit dürfte der vorgesehene Fondszweck erreicht werden können. Allerdings ist noch unsicher, wie sich der Bedarf der Spitäler nach Fondsgeldern nach dem Systemwechsel im Jahr 2012 entwickeln wird. Es ist auch denkbar, dass der Fonds längere Zeit nur wenig beansprucht wird. Um zu verhindern, dass der Fonds unbegrenzt anwächst, sieht Abs. 4 eine Absenkung der Abgabequote vor, wenn die Fondsmittel auf 500 Mio. Franken anwachsen. Die herabgesetzte Abgabequote wird solange beibehalten, bis der Fondsbestand wieder auf 400 Mio. Franken abgesunken ist. Zudem sieht Abs. 5 vor, dass der Regierungsrat auf Verordnungsstufe die Abgabesätze nach Abs. 1 auch dann verhältnismässig vermindern kann, wenn sich die Ertrags- oder Kostenfaktoren der Listenspitäler im Zusatzleistungsbereich bei einer Gesamtbetrachtung gegenüber der letzten Festsetzung massgeblich verändert haben. Dies soll bewirken, dass auch bei sinkenden Erträgen und/oder steigenden Kosten die Erbringung von Zusatzleistungen für die Spitäler erstrebenswert bleibt.

Für Spitäler, die nur einen kleineren Teil ihres Gesamtangebots im Rahmen von staatlichen Leistungsaufträgen erbringen, gilt gemäss

Abs. 3 die Abgabeverpflichtung nur im Rahmen der staatlichen Leistungsaufträge.

Ein Fonds im Sinne von § 12 ist vom KVG nicht vorgesehen, verletzt aber dessen Zielsetzungen nicht (vgl. Gutachten Prof. Richli und Dr. Müller-Tschumi vom 5. Januar 2011). Das KVG strebt letztlich eine Vollkostendeckung für Pflichtleistungen in einem effizient betriebenen Spital an. Spitäler mit vergleichsweise tiefen Kosten können in der Grundversicherung sogar bescheidene Gewinne erwirtschaften. Diese sollen im Sinne des vom KVG gewünschten beschränkten Wettbewerbs vollumfänglich den Spitälern überlassen bleiben. Der Zusatzleistungsbereich gehört grundsätzlich den Regeln der freien Marktwirtschaft überlassen. Indem auch unter dem SPFG die Listenspitäler Privatabteilungen für Zusatzversicherte betreiben dürfen und dabei weiterhin von einer vom Staat und der Sozialversicherung finanzierten Infrastruktur profitieren und über die staatlichen Leistungsaufträge auch darüber hinaus Vorteile erlangen (z. B. im Bereich der Kreditaufnahme bei privaten Geldgebern), ist die Vorgabe bezüglich der Verwendung gewisser Ertragsanteile systemgerecht. Zudem stellt sie gleich lange Spiesse im Verhältnis zu den Vertragsspitälern und Spitälern ohne KVG-Bezug her. Da die teilweise Ertragsabschöpfung auf das Zusatzleistungsgeschäft beschränkt bleibt, wird die für die Grundversicherung geltende Finanzierungsregelung (Art. 49a KVG) nicht verletzt.

§ 14. Finanzierung von Anlagen; Leistungen

Eine der wichtigsten Neuerungen der Spitalfinanzierungsbestimmungen des revidierten KVG liegt wie dargelegt darin, dass die Pauschalen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Gegensatz zur bisherigen Regelung auch die Kostenanteile der Anlagenutzung umfassen, d. h. die Abschreibung und Verzinsung der Investitionen. Daraus folgt grundsätzlich, dass die laufenden Erträge den Spitälern die Finanzierung der Investitionen ermöglichen müssen und dass damit die Notwendigkeit der Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand entfällt. Neu sollten die Spitäler daher ihre Anlagen grundsätzlich mit Eigenmitteln oder mit auf dem Finanzmarkt aufgenommenen Fremdmitteln finanzieren können. Es ist aber schwierig abzuschätzen, in welchem Umfang private Finanzierungslösungen gefunden werden können. Das SPFG sieht deshalb vor, dass der Kanton den Spitälern Darlehen gewähren kann, soweit sich eine Anlagebeschaffung für die Erfüllung der Leistungsaufträge als notwendig erweist. Alternativ können private Finanzierungslösungen mit Garantieleistungen des Kantons erleichtert werden.

§ 15. Finanzierung von Anlagen; Modalitäten

Die Darlehen gemäss § 15 sind keine objektbezogenen Staatsbeiträge im herkömmlichen Sinn, sondern wie Darlehen privater Geldgeber amortisierungspflichtig und verzinslich.

Die Modalitäten werden zwischen dem Regierungsrat und dem Darlehensnehmer vertraglich geregelt. Bei der Festsetzung des Zinssatzes wird auf die Konditionen des Finanzmarktes, die Selbstfinanzierungskosten des Kantons und die besonderen Umstände des Leistungserbringers abzustellen sein. Werden Zinsvergünstigungen gewährt, handelt es sich um einen Einnahmenverzicht und damit um Ausgaben im finanzrechtlichen Sinne (§ 19 Abs. 1 lit. e FCV). Die Darlehen sollen angemessen gesichert werden. Ist dies nicht möglich, kann auch eine Beteiligung des Kantons am Eigentum des Listenspitals verlangt werden.

§ 16. Hospitalisation in Listenspitälern anderer Kantone

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

§ 17. Hospitalisationen in Nichtlistenspitälern

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

§§ 18–20. Datenbearbeitung

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

Spezialgesetzgebung geregelt werden. Die Datenbearbeitungsbestimmungen des SPFG entsprechen der vom Kantonsrat im Pflegegesetz vom 27. September 2010 getroffenen Lösung.

§ 21. KVG-Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand

Das revidierte KVG schreibt vor, dass die Fallpauschalen gemäss § 10 für die stationäre Patientenbehandlung zu mindestens 55% vom Kanton und zu höchstens 45% von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden. Es obliegt dem Kanton, den für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden kantonalen Anteil und somit den Verteilschlüssel zwischen der öffentlichen Hand und den Krankenversicherern jährlich festzulegen. Im SPFG wird die entsprechende Kompetenz dem Regierungsrat zugewiesen.

Der Anteil der öffentlichen Hand an den Vergütungen der Leistungen der Listenspitäler wird vom Kanton getragen, er gilt als Kostenanteil und damit als gebundene Ausgabe im Sinne von § 37 des Gesetzes über Controlling und Rechnungslegung (CRG). Im Gegenzug wird den Gemeinden die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflegeversorgung vollständig übertragen (vgl. Anhang, Abschnitt g, Änderung des Pflegegesetzes vom 27. September 2010). In der Summe resultiert 2012 (auf der Grundlage der Zahlen 2008) eine Lastenverschiebung von den Gemeinden zum Kanton im Umfang von rund 255 Mio. Franken, wobei beim Kanton zusätzlich die Mehrkosten der Systemumstellung im Betrag von 160 Mio. Franken und die Aufwandsteigerung aufgrund der Kosten- und Leistungsmengenentwicklung von 2008–2012 von 105 Mio. Franken zu Buche schlagen. Dies bedingt auch eine Verschiebung der Ressourcen und wird unter Umständen eine Anhebung des Steuerfusses beim Kanton notwendig machen bzw. den Gemeinden wie dargelegt eine Steuerfussenkung ermöglichen.

§ 22. Versorgungsnotstand

Nachdem auf die Spitalliste grundsätzlich nicht mehr Spitäler aufgenommen werden dürfen, als für die Bedarfsdeckung erforderlich sind, kann der Ausfall oder freiwillige Ausstieg auch nur eines Leistungserbringers die Versorgung ernsthaft gefährden. Es muss dem für die Versorgungssicherheit verantwortlichen Kanton deshalb möglich sein, notwendige Massnahmen nach § 22 zur Stützung eines gefährdeten Betriebs zu ergreifen oder einen Spitalbetrieb notfalls auch zu enteignen.

§ 23. Kontrolle

Die Gesundheitsdirektion kontrolliert die Einhaltung von Auflagen, Bedingungen und Anforderungen nach diesem Gesetz. Insbesondere muss sie die notwendigen Rechnungs- und Kodierrevisionen durchführen. Die Revisionen stellen insbesondere sicher, dass die von den Spitälern für die Leistungs- und Kostenvergleiche zur Verfügung zu stellenden Daten nach einheitlichen Kriterien korrekt erfasst werden. Zur Gewährleistung der Aufnahmepflicht sieht das SPFG die Möglichkeit von Beschwerden an eine besondere Meldestelle vor, wenn Patientinnen und Patienten die Aufnahme in ein Spital verweigert wird.

§ 24. Sanktionen

Die mit den Planungszielen angestrebte Versorgungsstruktur setzt voraus, dass die Listenspitäler die Leistungsaufträge regelkonform erfüllen und die für einen Spitallistenplatz geltenden Anforderungen dauernd einhalten. Verstossen sie dagegen, müssen im Interesse der Versorgungssicherheit Sanktionen ergriffen oder in schweren Fällen der Leistungsauftrag eingeschränkt oder entzogen werden können.

§§ 25 und 26. Fehlende Tarifstruktur; fehlende Betriebsvergleiche

§ 25 enthält eine Eventualbestimmung für den Fall, dass die im revidierten KVG vorgesehene gesamtschweizerische Tarifstruktur nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. § 26 sieht vor, dass die Gesundheitsdirektion die notwendigen Vergleiche der Zürcher Listenspitäler bezüglich Kosten und medizinischer Ergebnisqualität durchführt, solange die Daten der vom Bundesrat gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG anzuordnenden schweizweiten Vergleiche noch nicht vorliegen.

§ 27. Qualitätsvorgaben

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

§ 28. Auswirkungen auf die Gemeindesteuerfüsse

Wie erwähnt, bewirkt das Modell 100/0 eine Lastenverschiebung von den Gemeinden zum Kanton im Umfang von rund 255 Mio. Franken und bedingt deshalb eine Erhöhung des kantonalen Steuerfusses, macht aber im Gegenzug (nach Abzug der zu erwartenden Kostenentwicklung im Zeitraum 2008–2012) eine Senkung der Gemeindesteuerfüsse im Umfang der Nettoentlastung der Gemeinden von schätzungsweise rund 135 Mio. Franken möglich. Um das Potenzial einer möglichen Steuersenkung in den Gemeinden transparent zu machen, errechnet der Kanton die den Gemeinden entstehenden Entlastungen und teilt ihnen diese mit.

§ 29. Änderungen bisherigen Rechts

Vgl. diesbezüglich Bemerkungen zum Anhang.

§§ 30–33. Frühere Investitionsleistungen des Kantons und der Gemeinden

Für die bis zum 31. Dezember 2011 geleisteten und noch geschuldeten Investitionsbeiträge gelten grundsätzlich die Bestimmungen des Staatsbeitragsrechts. Danach werden Staatsbeiträge nicht allgemein abgeschrieben, sondern können nach der vom Verwaltungsgericht entwickelten Rechtsprechung weitgehend zurückgefordert werden, wenn der Empfänger den Spitalbetrieb einstellt oder nicht mehr im öffentlichen Interesse betreibt. Sollten heutige Listenspitäler nicht auf die neue Spitalliste 2012 übernommen werden können, wird diese Rückforderungsregel angewendet werden. Für die übrigen Spitäler muss das Rückforderungsmodell an das neue Finanzierungssystem angepasst werden. Während im bisherigen System der Staat konkrete Bau- oder Beschaffungsvorhaben mitfinanzierte und damit an der Anlage Rechte erworben hat, leistet er seinen Beitrag nach KVG neu über einen festgelegten Fallpauschalenanteil (vgl. Bemerkungen zu § 14). Um zu vermeiden, dass vor 2012 vom Kanton geleistete Investitionsbeiträge über die Fallpauschalen ein zweites Mal finanziert werden, und um Spitälern mit unterschiedlichem Investitionsstand eine gleichwertige Ausgangslage zu schaffen, sollen die bisher geleisteten Staatsbeiträge zum Restbuchwert per 31. Dezember 2011 in zins- und amortisierungspflichtige Darlehen umgewandelt werden. In diesem Umfang überträgt der Staat die Pflicht zur Abschreibung und

Verzinsung der Investitionen auf die Spitäler und wird zum Fremdfinanzierer analog einem privaten Geldgeber nach Obligationenrecht.

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

Die Differenz zwischen dem Restbuchwert und dem Gesamtbetrag der nach bisherigem Recht geleisteten Investitionsbeiträge soll als unverzinslicher und unverjährender Kostenanteil im Sinne der Staatsbeitragsgesetzgebung bestehen bleiben, damit der Staat bei einer Zweckentfremdung am tatsächlichen Wert der Anlage anteilmässig beteiligt bleibt. Dieser Rückforderungsvorbehalt tritt jedoch hinter alle übrigen Ansprüche aus dem Spitalbetrieb zurück, damit die Kreditfähigkeit der Spitäler nicht beeinträchtigt wird. Gesamthaft wird das Volumen der Restbuchwerte der Investitionen in den staatsbeitragsberechtigten Spitälern und damit die Summe der kantonalen Darlehen am 1. Januar 2012 bei rund 800 Mio. Franken liegen.

Die von den Gemeinden an Grundversorgungsspitäler geleisteten Beiträge können analog in Darlehen umgewandelt oder aber zur Stärkung der Eigenkapitalbasis der Spitäler als unverzinsliche Beteiligung eingebracht werden.

Anhang

a. Gemeindegesetz vom 6. Juni 1926

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

b. Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007

Das Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 regelt in den §§ 41 und 42 die Zuständigkeiten von Regierungsrat und Gesundheitsdirektion bei der Festsetzung der Spitalliste sowie die Ermächtigung zur Datenerhebung in den Spitälern. In § 43 wird die Direktion weiter zum Erlass organisatorischer Vorschriften in den Bereichen Rechnungslegung, Leistungserfassung und Qualitätssicherung ermächtigt. Da die genannten Bestimmungen im SPGF neu geregelt werden, sind sie im Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 aufzuheben. In § 64 des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 sodann wird heute noch festgehalten, welche Bestimmungen des (früheren) Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 weiterhin Geltung haben. Dazu gehören, nachdem die ambulante und stationäre Pflegeversorgung seit 1. Januar 2011 im Pflegegesetz geregelt ist, lediglich noch Bestimmungen zur Spitalplanung und -finanzierung sowie zur Führung einer ärztlichen Privatapotheke (§ 17). Nachdem die in der Volksabstimmung vom 30. November 2008 (Volksinitiative Wahlfreiheit beim Medikamentenbezug) beschlossene Aufhebung von § 17 noch nicht rechtskräftig ist, muss der bisherige § 17 als Teil der im Gesundheitsgesetz geregelten Beraufsausübungsvorschriften materiell unverändert als neuer § 25a in das Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 übergeführt werden. Da zudem die Spitalplanungs- und -finanzierungsbestimmungen im SPFG zu regeln sind, kann der Anhang zum Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 mit den verbliebenen Bestimmungen des Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 vollumfänglich aufgehoben werden. Entsprechend ist auch § 64 des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 anzupassen.

Mit dem SPFG werden auch die damit zusammenhängenden Finanzierungsbestimmungen der bisherigen Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege aufgehoben. Die darin in § 6 Abs. 1 Satz 1 (in der Fassung vom 28. April 2010) verankerte Spitalzuweisungsbefugnis der Gesundheitsdirektion für Patientinnen und Patienten, die andernorts nicht untergebracht werden können oder deren Zustand eine Verlegung als geboten erscheinen lässt, ist neu auf Gesetzesebene festzuhalten und in § 38 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 zu integrieren. Die Bestimmungen über die Unterstützung der Schulen für nichtärztliches Gesundheitspersonal (§§ 40 und 41 in der Fassung vom 28. April 2010) sind ebenfalls – in auf das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 14. Januar 2008 angepasster Form – in einen neuen § 20a in das Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 zu überführen.

c. Gesetz über das Universitätsspital Zürich vom 19. September 2005

Das Gesetz über das Universitätsspital Zürich wird an die Terminologie des Gesetzes über Controlling und Rechnungslegung vom 9. Januar 2006 (CRG) angepasst (Ersatz des Begriffs Globalbudget durch Leistungsgruppenbudget). Weiter wird für die Festlegung der medizinischen Leistungsaufträge auf das SPFG verwiesen, und die vom SPFG abgelösten Bestimmungen über den Abschluss von Leistungsvereinbarungen, über die vorrangige Behandlung von Zürcher Patientinnen und Patienten und über die Betriebs- und Investitionsfinanzierung werden aufgehoben. Ebenfalls aufgehoben wird die bisherige Vorgabe, dass die Zusammenarbeit des Universitätsspitals mit anderen Leistungserbringern zur Führung gemeinsamer Dienstleistungsbetriebe nur mit Genehmigung des Regierungsrates zulässig ist. Damit wird das Universitätsspital im Bereich der Kooperationsmöglichkeiten mit den übrigen Spitälern gleichgestellt. Die Verwendung des Gewinns bzw. die Deckung des Verlusts wird analog den Bestimmungen im CRG geregelt. Bei den Liegenschaften wird einerseits klar gestellt, dass der Kanton nicht nur die Kapitalkosten, sondern die gesamten Anlagenutzungskosten in Rechnung stellt. Andererseits wird dem Spital neu die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen seiner finanziellen Kompetenzen Mietverträge mit Dritten zu schliessen. Schliesslich werden vom Verbot der Fremdmittelaufnahme im Hinblick auf die künftige Anlagenfinanzierung (siehe oben § 14) die Mobilien ausgenommen.

Die neue Spitalfinanzierung und der verstärkte Wettbewerb unter den Listenspitälern ab 2012 stellen das Universitätsspital Zürich wie auch den Kanton als sein Eigentümer vor zusätzliche Herausforderungen. Letztlich stellt sich unter dem mit dem revidierten KVG angestrebten, erhöhten Wettbewerbsdruck die Frage, ob und inwieweit der Anstaltserlass auch in seiner Grundstruktur (insbesondere hinsichtlich Einbettung in den kantonalen Finanzhaushalt, das kantonale Immobilienmanagement und das kantonale Personalrecht) revidiert werden muss. Diese komplexen Fragestellungen sind in einem eigenständigen Gesetzgebungsprojekt zu prüfen.

d. Gesetz über das Kantonsspital Winterthur vom 19. September 2005

Die Bemerkungen zum Gesetz über das Universitätsspital Zürich gelten analog.

e. Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1999

Vgl. Bemerkungen zu § 16.

f. Pflegegesetz vom 27. September 2010

Gemäss Pflegegesetz beteiligt sich der Kanton noch an den Gemeindebeiträgen an Pflegeheime und Spitex-Institutionen. Nachdem im Vernehmlassungsverfahren, wie einleitend ausgeführt, eine Mehrheit der Gemeinden nicht nur die ausschliessliche Spitalfinanzierung durch den Kanton sondern im Gegenzug auch seine Entlassung aus der Mitfinanzierung der Pflegeheime begrüsst hat, wird das Pflegegesetz in diesem Sinne geändert. Anzupassen sind die §§ 3, 9, 10, 13 und 15–17; die §§ 18 und 19 sind aufzuheben.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Hollenstein

Der Staatsschreiber:

Husi

