

## ERLÄUTERNDER BERICHT

### zum Vorentwurf des Gesetzes über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser

Dieser Bericht gliedert sich wie folgt:

- 1 EINFÜHRUNG
- 2 ZUSAMMENFASSUNG DER NEUEN KVG-REGELN
  - 2.1 Die Planung
  - 2.2 Die freie Spitalwahl
  - 2.3 Die Finanzierung
  - 2.4 Die Geburtshäuser als neue Leistungserbringer
  - 2.5 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen
- 3 KANTONALE AUSFÜHRUNG
  - 3.1 Anpassung der kantonalen Gesetzgebung
  - 3.2 Auswirkungen auf die kantonale Planung
  - 3.3 Auswirkungen der freien Spitalwahl
  - 3.4 Konsequenzen des neuen Finanzierungssystems
  - 3.5 Spitalspezifische Auswirkungen
- 4 ERLÄUTERUNG DER BESTIMMUNGEN
- 5 AUSWIRKUNGEN
  - 5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen
  - 5.2 Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden
  - 5.3 Verfassungsmässigkeit, Vereinbarkeit mit dem Bundesrecht und dem Europarecht
  - 5.4 Gesetzesreferendum

## 1 EINFÜHRUNG

Am 21. Dezember 2007 verabschiedeten die eidgenössischen Räte eine Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung. Im Wesentlichen werden mit dieser Revision einheitliche Spitalplanungskriterien für die ganze Schweiz, die freie Spitalwahl in der Schweiz und der Grundsatz einer leistungsorientierten Finanzierung, die auf einer einheitlichen Tarifstruktur beruht, eingeführt. Hauptziel der Revision ist die Förderung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern auf gesamtschweizerischer Ebene.

Für die Umsetzung dieser Revision ist eine kantonale Ausführungsgesetzgebung nötig.

## 2 ZUSAMMENFASSUNG DER NEUEN KVG-REGELN

### 2.1 Die Planung

Die Planung der Kantone muss den vom Bundesrat erlassenen einheitlichen Kriterien entsprechen und regelmässig geprüft werden. Die Planung soll den Pflegebedarf decken. Sie muss in enger Zusammenarbeit mit den anderen Kantonen ausgearbeitet werden und namentlich Folgendes berücksichtigen:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der erbrachten Leistungen,
- Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert angemessener Frist und
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages.

Auf Grundlage dessen muss der Kanton seine Spitalliste erlassen, auf der alle Spitäler mit Leistungsauftrag aufgeführt sind (Listenspitäler), ungeachtet ihres Status (öffentlich oder privat) und ihrer Situation (in- oder ausserhalb des Kantons). Die Leistungen dieser Einrichtungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und von den Kantonen finanziert. Spitäler ohne Leistungsauftrag können ein Übereinkommen mit einem oder mehreren Krankenversicherern abschliessen (Vertragsspitäler), wodurch ihre Leistungen von der OKP übernommen werden können. Der Restbetrag, der von der Kofinanzierung durch die Kantone ausgenommen ist, geht zu Lasten der Patientinnen und Patienten, oder gegebenenfalls zu Lasten deren Zusatzversicherung.

Die Kantone sind ausserdem für die gesamtschweizerische Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin verantwortlich, weshalb der Kanton Freiburg am 7. November 2008 der Interkantonalen Vereinbarung vom 14. März 2008 über die hochspezialisierte Medizin beigetreten ist (IVHSM).

## **2.2 Die freie Spitalwahl**

Heute ist der Zugang zu den ausserkantonalen Spitälern begrenzt, d. h., die Wohnkantone der Patientinnen und Patienten beteiligen sich nur dann an den Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht, soll heissen: wenn eine Leistung nicht erhältlich ist oder ein Notfall vorliegt. Künftig haben die Patientinnen und Patienten die freie Wahl unter den Listenspitälern aller Kantone. Der Wohnkanton wird sich zudem auch an den Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte beteiligen müssen, die aus rein persönlichen Gründen beschlossen worden sind, jedoch höchstens nach dem Tarif, der für diese Leistung im Wohnkanton angewandt wird.

## **2.3 Die Finanzierung**

Das neue Finanzierungssystem beinhaltet verschiedene Bestimmungen.

Die Spitäler werden mit leistungsbezogenen Pauschalen entlohnt, und zwar auf Grundlage einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur. Für die Akutspitäler bezieht sich der Tarif auf diagnosebezogene Fallpauschalen (*Diagnosis Related Groups*; DRG). Bei den Pflegeleistungen der «Subakutpflege», also Psychiatrie, Rehabilitation, Geriatrie, Palliativpflege und Nachbehandlungen im Allgemeinen, gibt es zurzeit keine einheitliche, auf Fallpauschalen basierende Tarifstruktur. Die neuen Tarifstrukturen für die Psychiatrie und die Rehabilitation werden für 2014 erwartet.

Weiterer wichtiger Punkt: Der neue Tarif beinhaltet die Investitionsausgaben, die somit von den Kantonen und den Krankenversicherern gemeinsam finanziert werden.

Wie bereits heute, wird der Tarif auch in Zukunft in jedem Kanton zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern ausgehandelt und anschliessend der Kantonsregierung zur Genehmigung unterbreitet.

Die Kantone müssen mindestens 55 % der ausgehandelten Vergütung übernehmen, da sich die Beteiligung der Krankenversicherer auf 45 % beschränkt. Der Kanton hat jedes Jahr seinen Anteil festzulegen. Während einer Übergangsfrist, die sich vom 1. Januar 2012 bis zum 1. Januar 2017 erstreckt, können Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die schweizerische Durchschnittsprämie unterschreitet, ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 % festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

Mit der KVG-Revision werden ferner die gemeinwirtschaftlichen Leistungen eingeführt, die nicht Teil der Kosten zu Lasten der OKP sind. Diese Leistungen beinhalten hauptsächlich die Kosten für

Forschung und universitäre Lehre sowie Kosten, die aufgrund der Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen entstehen, und gehen zu 100 % zu Lasten der Kantone.

## **2.4 Die Geburtshäuser als neue Leistungserbringer**

Die KVG-Revision stellt die Geburtshäuser den Krankenhäusern gleich. Dies führt einerseits dazu, dass die Geburtshäuser der kantonalen Planung unterliegen werden und andererseits dazu, dass ihre Leistungen von den Krankenversicherern und den Kantonen nach den gleichen Grundsätzen finanziert werden, wie diejenigen der Spitäler.

## **2.5 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen**

Die KVG-Revision ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die Einführung der Leistungspauschalen muss spätestens bis zum 31. Dezember 2011 erfolgen. Wenn nötig, ist die kantonale Planung bis zum 1. Januar 2015 den neuen Anforderungen anzupassen.

# **3 KANTONALE AUSFÜHRUNG**

## **3.1 Anpassung der kantonalen Gesetzgebung**

Die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes (GesG) über die Planung erfüllen bereits die Anforderungen des Bundesrechts (Art. 58a ff. der Bundesverordnung über die Krankenversicherung; KVV) und müssen nicht mehr angepasst werden. Dieser Gesetzesvorentwurf beschränkt sich somit hauptsächlich auf die kantonale Ausführung der neuen Finanzierungsregeln. Darüber hinaus werden auch das Gesetz über das Freiburger Spitalnetz (FSNG) und das Gesetz über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit (PGG) angepasst; zum einen, um der grösseren Autonomie der Einrichtungen sowie der Umverteilung der Verantwortlichkeiten zwischen ihren Führungsorganen und den politischen Organen Rechnung zu tragen und zum anderen, um die neuen Finanzierungsregeln zu berücksichtigen.

## **3.2 Auswirkungen auf die kantonale Planung**

Die Spitalplanung, die der Staatsrat am 31. März 2008 verabschiedet hat, bleibt auch weiterhin aktuell. Sie wurde anhand des Pflegebedarfs der Freiburger Bevölkerung ausgearbeitet und entspricht somit dem Bundesrecht. Nichtsdestotrotz muss auch sie verschiedenen Änderungen unterzogen werden, um den ausserkantonalen Spitälern und den Geburtshäusern Rechnung zu tragen, die fortan unter den zu Lasten der OKP tätigen Leistungsanbietern zu finden sind (s. 2.4). Den Übergangsbestimmungen des Bundesrechts zufolge muss der Staatsrat nämlich die Geburtshäuser spätestens bis zum 1. Januar 2015 in seine Planung integriert haben; dieser hat jedoch die Absicht, rascher zu handeln und das Geburtshaus «Le petit prince» bereits ab dem 1. Januar 2012 in die Spitalliste aufzunehmen.

Die kantonale Planung ist nicht in Stein gemeisselt, sondern muss regelmässig geprüft und nach Bedarf angepasst werden. Allerdings muss zuerst ihre vollständige Umsetzung abgewartet werden, damit die Auswirkungen beurteilt werden können und zu einer allfälligen Änderung Stellung genommen werden kann. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu erwähnen, dass die Einrichtungen aufgrund des DRG-Vergütungssystem möglicherweise einen grösseren Druck verspüren, die Dauer der Akutspital-Aufenthalte zu verkürzen (s. dazu die Antwort des Staatsrates auf die Anfrage

QA 3225.09 Xavier Ganiot «Fallpauschalen/DRG: problematische Einführung»). Die Entwicklung der Situation muss also genau im Auge behalten werden.

### 3.3 Auswirkungen der freien Spitalwahl

Gegenwärtig ist der Zugang zu den ausserkantonalen Spitälern stark eingeschränkt. Der Staat beteiligt sich nämlich nur dann an den Kosten, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht, d. h., wenn eine Leistung nicht erhältlich ist oder aber in Notfällen. In allen anderen Fällen werden die Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte zwischen der OKP und der Patientin bzw. dem Patienten oder aber deren Zusatzversicherung aufgeteilt. In Zukunft wird sich der Staat auch an den Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte beteiligen müssen, die aus rein persönlichen Gründen stattgefunden haben, jedoch höchstens nach dem Tarif, der für diese Leistung im Kanton Freiburg angewandt wird, und auch nur dann, wenn das gewählte Spital auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, in dem es sich befindet. Folglich müssen die Patientin oder der Patient oder aber deren Zusatzversicherung die allfällige Differenz zwischen dem Freiburger und dem ausserkantonalen Tarif selber übernehmen.

Die nachfolgende Tabelle fasst die finanzielle Beteiligung des Staates zusammen, und zwar am Beispiel der Kantone Freiburg und Bern und unter Annahme einer 45 % zu 55 % Kostenverteilung zwischen OKP und Staat.

Situation	Anteil OKP	Anteil Kanton	Anteil Patient/in oder Zusatzversicherung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiburger Spital</li> <li>• Listenspital FR</li> </ul>	45 % FR-Tarif	55 % FR-Tarif	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiburger Spital</li> <li>• Vertragsspital</li> <li>• Kein Listenspital</li> </ul>	45 % FR-Tarif	-	55 % FR-Tarif
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berner Spital</li> <li>• Listenspital FR</li> </ul>	45 % BE-Tarif	55 % BE-Tarif	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berner Spital</li> <li>• Listenspital BE</li> <li>• Notfall/Leistung nicht verfügbar in FR</li> </ul>	45 % BE-Tarif	55 % BE-Tarif	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berner Spital</li> <li>• Listenspital BE</li> <li>• Persönliche Gründe</li> </ul>	45 % FR-Tarif	55 % FR-Tarif	Differenz FR-Tarif und BE-Tarif
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berner Spital</li> <li>• Vertragsspital</li> <li>• Kein Listenspital</li> <li>• Notfall</li> </ul>	45 % BE-Tarif	55 % BE-Tarif	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berner Spital</li> <li>• Vertragsspital</li> <li>• Kein Listenspital</li> <li>• Persönliche Gründe</li> </ul>	45 % BE-Tarif		55 % BE-Tarif

Es ist offensichtlich, dass die schweizweit freie Spitalwahl aus persönlichen Gründen eine Kostenverschiebung von der Zusatzversicherung weg hin zum Staat verursachen wird. Im Übrigen besteht durch diese neue Möglichkeit die Gefahr, dass die Anzahl ausserkantonomer Spitalaufenthalte zunimmt, namentlich in den Regionen in Nähe der Kantone Bern und Waadt, genauer gesagt im See-,

im unteren Sense- und im Vivisbachbezirk. Die freie Spitalwahl könnte aber auch Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen anziehen, wobei hier natürlich auch die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen der Freiburger Spitalanlagen eine Rolle spielen.

### **3.4 Konsequenzen des neuen Finanzierungssystems**

Mit dem neuen Finanzierungssystem werden sich die Rolle und die Aufgaben des Staates grundlegend verändern. Bisher bürgte der Kanton Freiburg wie die meisten anderen Kantone für die Defizite seiner öffentlichen Spitäler; im Grossen und Ganzen spielte er die Rolle des Planers, des Investors und des Betreibers dieser Spitäler. In Zukunft jedoch wird der Staat Antragsteller für Spitalleistungen sein, die er mit den Versicherern gemeinsam finanzieren wird. Er wird die Rolle des Regulators und des Auftraggebers einnehmen.

Eine weitere wichtige Neuheit ist, dass die Investitionen der Spitäler nicht mehr direkt und ausschliesslich vom Staat getragen sondern in die vom Staat und den Krankenversicherern gemeinsam finanzierten leistungsorientierten Tarife integriert werden. Somit werden die Spitäler in Zukunft frei über die Mittelzuteilung (neue Investition, Ersatzinvestitionen, zusätzliches Personal usw.) bestimmen. Die Kontrolle, die der Staat bislang über die Investitionsfinanzierung ausüben konnte, wird es somit künftig, abgesehen von der Kontrolle des Staatsrates über Investitionen für strukturbildende Erweiterungen, nicht mehr geben. Auch wird der Grosse Rat nicht mehr aufgerufen werden, per Dekret Investitionsentscheide zu treffen, vor allem aber wird der Betrag, den ein Spital für eine grosse Investition aufwendet, nicht mehr dem Finanzreferendum unterliegen. Um den Fortbestand der Infrastrukturen zu garantieren, wird in den Leistungsaufträgen der für die Investitionen aufzuwendende Mindestanteil der Vergütung festgelegt. Bei den Investitionen, die als gemeinwirtschaftliche Leistungen zu Lasten des Staates betrachtet werden sollen, ist es jedoch anders: Solche Investitionen müssen vom Grosse Rat genehmigt werden und unterliegen auch weiterhin dem Finanzreferendum.

Mit der KVG-Revision wird der Begriff der gemeinwirtschaftlichen Leistung eingeführt. Das KVG gibt hierzu zwei Beispiele: die Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und die universitäre Lehre. Gemeinwirtschaftliche Leistungen können nicht der OKP zugeschrieben werden und gehen somit zu 100 % zu Lasten des Staates.

### **3.5 Spitalspezifische Auswirkungen**

#### **3.5.1 Finanzierung der Privatspitäler**

Der Staat wird sich auch an der Finanzierung der Leistungen der Privatspitäler beteiligen müssen, die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Selbstverständlich gelten für ihre Aufführung auf dieser Liste und infolgedessen auch für die Finanzierung ihrer Leistungen dieselben Bedingungen wie für die öffentlichen Spitäler.

#### **3.5.2 Führung der öffentlichen Spitäler**

Die Einführung der Leistungsfinanzierung auf Grundlage einer einheitlichen Tarifsstruktur, in der auch die Investitionsausgaben enthalten sind, sowie die Einführung des Grundsatzes der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz – alles Dinge, die den Wettbewerb unter den Spitalen fördern sollen – geht mit einem grösseren Druck auf die Spitalleitungen einher, weil diese einen noch wirtschaftlicheren Betrieb auf die Beine stellen müssen. Aufgrund der neuen Rolle, mit der die KVG-Revision den Staat betraut, und somit auch aufgrund der grösseren Verantwortung der Führungsorgane der öffentlichen Spitäler, müssen die Kompetenzen zwischen deren Organen und dem Staat strenger verteilt werden.

## 4 ERLÄUTERUNG DER BESTIMMUNGEN

### *Art. 1*

Weil sich dieser Gesetzesvorentwurf in erster Linie auf die Ausführung des Finanzierungsbereichs der neuen Bundesbestimmungen bezieht, wird in **Artikel 1** präzisiert, dass die kantonale Spitalplanung dem GesG unterstellt ist (s. Art. 15 und 20ff. GesG).

### *Art. 2*

Entsprechend dem Bundesgesetz (Art. 49a Abs. 2 KVG) übernehmen die Versicherer höchstens 45 % der Spitalbehandlungskosten (oder der Behandlungskosten in einem Geburtshaus), während der Staat für den anderen Teil, also mindestens 55 %, aufkommen muss. Allerdings können Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die schweizerische Durchschnittsprämie unterschreitet, ihren Vergütungsanteil während einer Übergangsfrist, die sich vom 1. Januar 2012 bis zum 1. Januar 2017 erstreckt, zwischen 45 und 55 % festlegen. Dies trifft auf den Kanton Freiburg zu; der Staatsrat wird demnach im März 2011 zum ersten Mal den Kantonsanteil zu bestimmen haben. Im Übrigen muss der Staat seinen Anteil den Leistungserbringern direkt überweisen, kann jedoch auch mit den Versicherern vereinbaren, dass ihnen dieser Anteil direkt überwiesen wird (Art. 49a Abs. 3 KVG). Die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) legt die Einzelheiten für die Überweisung fest. Die Verpflichtung, wonach der Kantonsanteil neun Monate im Voraus festgelegt werden muss, hat weder auf den Voranschlagskalender noch auf das Voranschlagsverfahren des Staates einen Einfluss. Die zugesprochenen Beiträge werden im Rahmen des üblichen Genehmigungsverfahrens des Staatsvoranschlags festgelegt.

### *Art. 3*

**Absatz 1** enthält die Voraussetzungen für die Finanzierung derjenigen Leistungen, die der Staat von den Spitälern und Geburtshäusern verlangt, welche die Aufnahmekriterien nach Bundesrecht erfüllen. Diesen Voraussetzungen zufolge müssen die Einrichtungen über eine genügend stabile organisatorische und wirtschaftliche Basis verfügen, um den Fortbestand des Angebots sicherzustellen (**Bst. a und b**). Sie müssen jede Patientin und jeden Patienten aufnehmen und die vom Staat verlangten Leistungen jederzeit bereitstellen, auch in Notfällen (**Bst. c**). Sie werden auch für Kostentransparenz sorgen und die nützlichen Informationen an die Gesundheitsbehörde weiterleiten müssen (**Bst. d bis g**). Die Zusatzanforderung an die öffentlichen Spitäler, die Bilanz und den Kontenplan zusätzlich aufgrund des vom Staat angewandten Kontenplans zu unterbreiten (**Bst. e**), dient einzig der Information der betroffenen Stellen des Staates; gleichzeitig sorgt sie aber auch für mehr Transparenz und dafür, dass die Anforderungen zur Konsolidierung der Konten nach neuem harmonisiertem Rechnungslegungsmodell (MCH2) erfüllt werden. Ein besonderer Schwerpunkt gilt der Ausbildung (Lehr- und Praktikumsstellen) der Gesundheitsfachpersonen, die den Nachwuchs in den Einrichtungen sicherstellen soll (**Bst. h**); die Vergütung der damit einhergehenden Kosten ist übrigens im Tarif enthalten. Bei **Buchstabe j** geht es um die Auslagerung von Leistungen. Grundsätzlich muss die Einrichtung die Leistungen, die Bestandteil eines Leistungsauftrages sind, selber liefern. Diagnoseleistungen (z. B. Labor, Pathologie oder Radiologie) können davon ausgeschlossen werden, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Bedarfsdeckung gewährleistet ist. Um schliesslich eine Gleichbehandlung unter den privaten und den öffentlichen Spitälern zu garantieren, erlauben die **Buchstaben k und l** dem Staatsrat ein Eingreifen im Bedarfsfall.

**Absatz 2** gibt dem Staatsrat die Möglichkeit, im Ausnahmefall von diesen Anforderungen abzuweichen, vor allem dann, wenn er ausserkantonale Spitäler in die Spitalliste aufnehmen muss, um dem Pflegebedarf der Freiburger Bevölkerung nachzukommen; der Staatsrat wird allerdings darauf achten, dass diese Anforderungen in den Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern enthalten sind. Auch für die Freiburger Einrichtungen können Ausnahmen vorgesehen werden und in den Leistungsaufträgen festgehalten werden. Sollten sich daraus finanzielle Vorteile ergeben, so kann die Einrichtung dazu veranlasst werden, Ausgleichszahlungen zu tätigen. Ist zum Beispiel eine Einrichtung nicht in der Lage, die gesamte Berufsausbildung zu sichern, so könnte der entsprechende Anteil der Vergütung abgezweigt und an die Einrichtungen weitergeleitet werden, die für diese Aufgabe zuständig sind.

#### *Art. 4*

Diese Bestimmung schafft die gesetzliche Grundlage für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen via Leistungsaufträge; sie enthält eine nicht vollständige Liste an gemeinwirtschaftlichen Leistungen (**Abs. 1**), wobei die beiden ersten (**Bst. a und b**) diejenigen aus Artikel 49 Abs. 3 Bst. a und b KVG übernehmen, soll heissen: die Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und die universitäre Lehre. Als universitäre Bildungskosten angesehen werden die Kosten für die theoretische und die praktische Ausbildung für einen medizinischen Beruf bis zur Erlangung des eidgenössischen Diploms sowie für die Nachdiplomausbildung zur Erlangung eines Weiterbildungstitels. Im Gegensatz dazu sind die Löhne der Assistenzärztinnen und -ärzte Bestandteil der Betriebskosten der Spitäler und werden über die Tarife bezahlt. Die Bildungskosten wie auch die Kosten in Zusammenhang mit der Forschung werden als Bildungsleistungen von der Universität, vom Bund oder vom Staat übernommen. Im Hinblick auf einen allfälligen Pflegepersonal-mangel wird der Staat den Einrichtungen ausserdem punktuell dabei helfen können, ein den spezifischen Bedürfnissen des Pflegepersonals angepasstes Arbeitsumfeld anzubieten, z. B. in dem er einen Teil der Finanzierung einer Kinderkrippe mit erweiterten Öffnungszeiten übernimmt (**Bst. c**). Des Weiteren kann er die Betreuung der Patientinnen und Patienten gesamthaft fördern, in dem er einen Beitrag zur Finanzierung der spirituellen Betreuung leistet (**Bst. d**). Die Liaisonleistungen sollen die Sensibilisierung des Pflegepersonals sowie der Ärztinnen und Ärzte von Akutspitälern fördern, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit («Liaison-Psychiatrie») (**Bst. e**). **Buchstabe f** schliesslich betrifft die Beteiligung an Massnahmen zur Prävention- und Vorbereitung in ausserordentlichen Situationen im Sinne von Artikel 123b GesG. Die Finanzierung eines Einsatzes wiederum (Art. 123c GesG) wird im Rahmen der Spezialgesetzgebung im Bereich Bevölkerungsschutz sichergestellt (Art. 10 Gesetz über den Bevölkerungsschutz, BevSG).

In Ausnahmefällen könnte es sein, dass der Staat die Einrichtungen im Interesse der öffentlichen Gesundheit dazu verpflichten muss, gemeinwirtschaftliche Leistungen anzubieten (**Abs. 2**), beispielsweise im Bereich der universitären Lehre.

#### *Art. 5*

**Artikel 5** schafft eine gesetzliche Grundlage, die dem Staat die Finanzierung anderer Leistungen erlaubt. Dabei handelt es sich vornehmlich um Aktivitäten, für deren Finanzierung die OKP nur zum Teil oder gar nicht aufkommt. Kosten für einen Aufenthalt im eigentlichen Sinne in einer Tages- oder Nachtambulanz z. B. (Infrastruktur, Betreuung, Freizeitgestaltung o. ä.) werden von der OKP nicht übernommen (**Abs. 1**). Zu den Projekten und Mandaten im Interesse der öffentlichen Gesundheit (**Abs. 2**) zählen bspw. das mobile Team für psychosoziale Notfälle (EMUPS), oder aber Aktivitäten, die nicht auf Antrief von der OKP herrühren (**Abs. 3**).

## Art. 6

**Artikel 6** legt die Finanzierungsmodalitäten der Leistungen fest, die Teil eines Leistungsauftrages sind. Weil es sich dabei in erster Linie um die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen handelt (**Abs. 2**), machen das betroffene Spital und die GSD, mit der Unterstützung der Finanzdirektion, im Verlaufe des 1. Quartals des dem Geschäftsjahr vorausgehenden Jahres und im Vorfeld der Tarifverhandlungen einen Pauschalbetrag unter sich aus.

## Art. 7

**Absatz 1** legt den Rahmen fest, den der Staatsrat bei der Erstellung der Leistungsaufträge einzuhalten hat. Die Untersuchungen und Behandlungen, mit denen die Spitäler und Geburtshäuser betraut werden, entstammen der Spitalliste (**Bst. a**). Für die Berechnung des staatlichen Beitrags und die Einzelheiten seiner Entrichtung wird auf Grundlage der geschätzten Aktivität für das kommende Jahr und des ausgehandelten Tarifs ein voraussichtlicher Betrag festgesetzt. Der besagte Beitrag wird in vierteljährlichen Akontozahlungen ausgerichtet. Für die Untersuchungen und die Behandlungen sowie für die anderen Leistungen im Sinne von Artikel 5 Abs. 3 wird die Differenz zwischen den voraussichtlichen und den tatsächlichen Leistungen im Folgejahr bei Rechnungsabschluss beglichen. Die Pauschalbeträge hingegen, die zugesprochen wurden, um die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die anderen Leistungen im Sinne von Artikel 5 Abs. 1 und 2 zu finanzieren, werden nicht korrigiert (**Bst. c**). Zwar stimmt es, dass die Spitäler fortan frei über die Mittelzuteilung bestimmen werden (neue Investition, Ersatzinvestitionen, zusätzliches Personal usw.), jedoch wird in den Leistungsaufträgen der für die Investitionen aufzuwendende Mindestanteil präzisiert (**Bst. d**). Des Weiteren enthalten die Leistungsaufträge die Informationspflichten und die allgemeinen Ziele, welche die Einrichtungen erreichen müssen (**Bst. e**) sowie die Einzelheiten in Bezug auf Beurteilung, Kontrolle und Nachkontrolle (**Bst. f**). Für den Fall, dass die Einrichtungen ihre Verpflichtungen nicht einhalten sollten, sehen die Leistungsaufträge namentlich die Rückerstattung der finanziellen Beteiligung des Staates vor (**Bst. g**).

Die Leistungsaufträge sind über mehrere Jahre hinweg – vorerst für eine Dauer von drei Jahren – gültig («mehrjährige Leistungsaufträge») und werden von Einjahreszusatzverträgen begleitet («einjährige Leistungsaufträge»); Letztere beinhalten namentlich die Höhe des staatlichen Beitrages, das voraussichtliche Volumen der geforderten Leistungen sowie die Verpflichtungen der Einrichtung (z. B. Verpflichtung, eine Fehlbelegungsanalyse durchzuführen, Qualitätssicherungsmassnahmen, o. ä.) (**Abs. 2**). Des Weiteren müssen die gemeinwirtschaftlichen Leistungen Bestandteil spezifischer Einjahresaufträge sein, die vorzeitig zu erteilen sind, sodass die Tarifpartner so früh wie möglich über alle wichtigen Einzelheiten Bescheid wissen, die es bei den Tarifverhandlungen zu berücksichtigen gilt. Natürlich treten diese spezifischen Aufträge erst mit Unterzeichnung der mehrjährigen Leistungsverträge und deren Zusatzverträge in Kraft.

## Art. 8

Für eine effiziente Umsetzung der Spitalplanung und eine bessere Kontrolle über die Ausgabenentwicklung werden die Beschlüsse der Einrichtungen im Zusammenhang mit gewichtigen Investitionen dem Staatsrat zur Genehmigung unterbreitet (**Abs. 1**). Im gleichen Sinne muss ein allfälliger Verlust eines öffentlichen Spitals von mehr als drei Prozent des jährlichen Betriebsbudgets schon im folgenden Geschäftsjahr kompensiert werden (**Abs. 2**). Wenn nötig legt der Staatsrat die entsprechenden Anwendungsmodalitäten im Rahmen der Ausführungsbestimmungen fest.

### *Art. 9*

Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes benutzen die öffentlichen Spitäler auch weiterhin die Infrastruktur, die der Staat finanziert oder zu finanzieren beschlossen hat und die noch nicht amortisiert ist; dazu gehört auch die Infrastruktur, die noch geschaffen werden muss (Art. 46 FSNG). Weil die Infrastrukturkosten fortan Teil des Leistungstarifs sind und ihre Amortisation somit über diesen Weg finanziert wird, sieht **Artikel 9** eine Umwandlung der für Investitionen gesprochenen Beträge vor; damit soll verhindert werden, dass der Staat doppelt zahlen muss. Die Anwendungsmodalitäten, im Besonderen der anwendbare Zinssatz und die Rückerstattungsfrist, legt der Staatsrat im Rahmen der Ausführungsbestimmungen fest.

### *Art. 10*

Aus systematischen Gründen wird Artikel 5a des Ausführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung, der die ausserkantonale Hospitalisation aus medizinischer Notwendigkeit regelt, gelöscht und sein Inhalt in **Artikel 10** dieses Gesetzes übernommen, jedoch mit einer zusätzlichen Angabe zu den Rechtsmitteln. So schafft **Absatz 2** eine formelle gesetzliche Grundlage für das Einspracheverfahren, das materiell bereits im September 2009 über eine Änderung der Verordnung vom 13. Dezember 2004 über das Verfahren für die finanzielle Beteiligung des Kantons Freiburg an den Behandlungskosten bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt eingeführt worden war.

### *Art. 11*

Es kann vorkommen, dass eine für die Bedarfsdeckung notwendige Einrichtung bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht in der Lage sein wird, alle Finanzierungsanforderungen nach Artikel 3 Abs. 1 zu erfüllen. So kann bspw. die Anpassung des Informationssystems eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. In diesem Falle ist im Leistungsauftrag ein Zeitplan für die Durchführung der notwendigen Arbeiten festzulegen.

### *Bestimmung zur Änderung des Gesetzes über das Freiburger Spitalnetz (Art. 12)*

#### *Art. 10 Abs. 3*

Aufgrund der neuen Rolle, mit der die KVG-Revision den Staat betraut, und somit auch aufgrund der grösseren Verantwortung der Führungsorgane der öffentlichen Spitäler, müssen die Kompetenzen zwischen deren Organen und dem Staat neu verteilt und streng voneinander getrennt werden. Der Verwaltungsrat trägt die Verantwortung für eine effiziente und wirtschaftliche Führung des Spitals, dem Staatsrat obliegt die Aufsicht: Er gewährt die Leistungsaufträge und genehmigt die Tarife, die mit den Versicherern ausgehandelt wurden. Folglich wird der Staatsrat in Zukunft nicht mehr im Verwaltungsrat des freiburger Spitals (HFR) vertreten sein.

Im gleichen Sinne ist auch eine Vertretung der Regionen nicht mehr sinnvoll.

Um den direkten Informationsaustausch zwischen dem HFR und der Gesundheitsbehörde sicherzustellen, soll die Vorsteherin oder der Vorsteher des Amtes für Gesundheit mit beratender Stimme an den Verwaltungsratssitzungen teilnehmen.

**Art. 12 Abs. 2 Bst. e und f**

Mit der Einführung des Leistungsfinanzierungssystems, wird das System des Globalbudgets, das bislang für die finanzielle Beteiligung des Staates angewandt wurde, hinfällig.

**Art. 25 Abs. 1**

Gegenwärtig behält dieses Gesetz dem Staat die Kompetenz vor, die geografische Situierung und den Auftrag der HFR-Standorte zu beschliessen, wobei dem Verwaltungsrat die Organisation der Spitaltätigkeiten und die Mittelzuteilung zufällt (s. Art. 12 Abs. 2 Bst. a und f FSNG). Angesichts des neuen Finanzierungssystems ist es wichtig, dass der Verwaltungsrat die Führungsautonomie bekommt, die er für die Erfüllung seiner Verantwortlichkeiten braucht. Im Rahmen seiner Spitalplanung wird der Staatsrat also künftig den Auftrag des HFR als Ganzes festlegen.

Es sei daran erinnert, dass die Mitglieder des Verwaltungsrates gegenüber dem Staat für ihre Tätigkeiten haften, gemäss den Bestimmungen des Gesetzes über die Haftung der Gemeinwesen und ihrer Amtsträger.

**Art. 26 Abs. 2**

Weil der Verwaltungsrat für die Mittelzuteilung im Allgemeinen zuständig ist (s. Art. 12 Abs. 2 Bst. f FSNG), kann diese Bestimmung aufgehoben werden, dies umso mehr als sie sich auf das nun hinfällige System des Globalbudgets bezieht.

**Art. 27 bis 33**

Durch dieses Gesetz werden diese Bestimmungen, die im Übrigen nicht mit dem Finanzierungssystem nach Bundesrecht vereinbar sind, hinfällig.

**Art. 35**

Die Instrumente für die Haushaltsführung sind im Bundesrecht (Art. 49 Abs. 7 KVG) und in den vorliegenden kantonalen Anwendungsbestimmungen geregelt, weshalb diese Bestimmung wegfallen kann.

**Art. 44 Abs. 2**

Weil die GSD im Allgemeinen sowieso alle vom Staatsrat zu behandelnden Gegenstände vorbereiten muss, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, (Art. 45 Abs. 1 Gesetz über die Organisation des Staatsrates und der Verwaltung, SVOG), kann diese Bestimmung aufgehoben werden.

**Bestimmung zur Änderung des Gesetzes über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit (Art. 13)**

Angesichts der strukturellen Parallelen der beiden Gesetze lassen sich die Erläuterungen der Bestimmungen zur Änderung des FSNG *mutatis mutandis* auf diejenigen zur Änderung des PGG anwenden.

**Bestimmung zur Änderung des Ausführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Art. 14)**

S. Erläuterung zu Artikel 9.

**Inkrafttreten (Art. 15)**

Weil der leistungsbezogene Tarif spätestens auf dem 31. Dezember 2011 eingeführt werden muss, muss dieses Gesetz am 1. Januar 2012 in Kraft treten.

**5 AUSWIRKUNGEN**

**5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen**

**5.1.1 Finanzielle Auswirkungen**

Die schweizweit freie Spitalwahl wird eine Kostenverschiebung von der Zusatzversicherung weg hin zum Staat verursachen. Darüber hinaus wird die Finanzierung der Privatspitäler zu einer Kostenverschiebung von der OKP weg hin zum Staat führen. Die Beteiligung an den Investitionen der Versicherer hingegen wird einen Kostentransfer vom Staat weg hin zur OKP zur Folge haben.

Weil es zurzeit noch schwierig ist, die verschiedenen Geldflüsse einzuschätzen, geschweige denn von einander zu unterscheiden, und weil ihre Tragweite in direktem Zusammenhang mit dem vom Staatsrat festgelegten Kantonsanteil steht, können die finanziellen Folgen dieses Gesetzesvorentwurfs für den Staat nur grob eingeschätzt werden; dies umso mehr als der Staat die wichtigsten Parameter nicht beeinflussen kann. Die grösste Unsicherheit rührt sicherlich von der schweizweit freien Spitalwahl her, welche die Patientenströme unter den Kantonen deutlich verändern könnte. Des Weiteren erlauben die verfügbaren Statistiken nur eine grobe Einschätzung der ausserkantonalen Spitalaufenthalte aus persönlichen Gründen und somit auch der Kosten, die sie verursachen.

Es fehlt an Anhaltspunkten, mit denen die Auswirkungen der freien Spitalwahl auf den Patientenfluss eingeschätzt werden könnte. Eine Abwanderung der Freiburger Patientinnen und Patienten in andere Kantone könnte bspw. dazu führen, dass die bestehenden Spitalstrukturen nicht mehr zweckmässig sind; die Kosten für die Aufrechterhaltung solcher Strukturen müssten dann vom Staat als zusätzliche gemeinwirtschaftliche Leistungen übernommen werden.

In Bezug auf die neue Aufteilung der Investitionskosten oder der gemeinwirtschaftlichen Leistungen zwischen Krankenversicherern und Kantonen besteht ebenfalls grosse Unbekannte, zum einen, weil es an Möglichkeiten für eine Tarifsimulation und für eine Koordination auf Bundesebene fehlt, zum anderen aufgrund von Auslegungsdifferenzen unter den einzelnen Betroffenen (Krankenversicherer, Spitäler und Kantone). Werden diese Punkte nicht geregelt, bevor die neue Tarifstruktur eingeführt wird, so werden sich die Gerichte in den Beschwerdeverfahren darum kümmern müssen.

Ferner wird noch daran erinnert, dass die freie Bestimmung der Kostenbeteiligung des Staates nur relativ ist, weil es sich schlussendlich nur um eine Verschiebung der Steuern hin zu den Krankenkassenprämien und umgekehrt handelt, was einen direkten Einfluss auf die Beträge hat, die der Staat für die individuelle Prämienverbilligung bereitstellen muss.

In der Annahme, dass die Kostenbeteiligung des Staates 55 % beträgt, können die jährlichen Mehrausgaben des Staates, anhand einer ersten groben Schätzung, bei rund 35 Millionen Franken veranschlagt werden. Bei einer tieferen Kostenbeteiligung des Staates würde dieser Betrag entsprechend geringer ausfallen. Was die Kosten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die anderen

Leistungen betrifft, so kann davon ausgegangen werden, dass diese im Rahmen der Defizitfinanzierung der öffentlichen Spitäler bereits heute vom Staat getragen werden.

#### 5.1.2. Personelle Auswirkungen

Die Verwaltung der Finanzierung der ausserkantonalen Spitalaufenthalte aus persönlichen Gründen wird für das Kantonsarztamt und das Amt für Gesundheit einen zusätzlichen administrativen Aufwand bedeuten. Der dadurch verursachte Personalbedarf kann für die Anfangsphase der Umsetzung bei 0.6 VZÄ eingeschätzt werden, unter Vorbehalt der Beurteilung des Personalbedarfs, die 2012 durchgeführt werden soll.

Es ist ferner darauf hinzuweisen, dass das Personal dieser Einrichtungen aufgrund der neuen Rolle des Staates, welche durch die KVG-Revision auferlegt wird, und somit auch aufgrund der grösseren Führungsautonomie der öffentlichen Spitäler, nicht mehr Bestandteil der Berechnungen des Personalbestands des Staates sein wird. Darüber hinaus werden die Einrichtungen auch für das Personalmanagement zuständig sein, wobei das Personal seinen Staatspersonal-Status behalten wird.

#### 5.1.3 Weitere Auswirkung

Falls die Kostenbeteiligung des Staates als eine Subvention betrachtet werden müsste, könnte eine Änderung von Artikel 21 des Subventionsgesetzes erforderlich sein.

### **5.2 Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden**

Weil die Spitäler und ihre Finanzierung ausschliesslich in den Zuständigkeitsbereich des Staates fallen, wirkt sich der Gesetzesvorentwurf nicht auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden aus.

### **5.3 Verfassungsmässigkeit, Vereinbarkeit mit dem Bundesrecht und dem Europarecht**

Der Gesetzesvorentwurf ist mit der Kantonsverfassung und dem Bundesrecht vereinbar. Er ist auch mit dem Europarecht vereinbar.

### **5.4 Gesetzesreferendum**

Dieses Gesetz unterliegt dem Gesetzesreferendum. Es unterliegt nicht dem Finanzreferendum.

---