

Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung

Botschaft und Entwurf der Regierung vom 24. Mai 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
1.1	Anlass der Neuregelung	3
1.2	Die heutige Spitalplanung	3
1.3	Die heutige Spitalfinanzierung	4
1.4	Die Neuordnung der Spitalplanung auf Bundesebene	5
1.5	Die Neuordnung der Spitalfinanzierung auf Bundesebene	6
1.6	Übersicht über die Änderungen zur Spitalplanung und -finanzierung	7
2	Regelungsbedarf auf kantonaler Ebene	8
3	Grundzüge des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung	9
3.1	Verantwortung von Kantonsrat, Regierung und zuständigem Departement	9
3.2	Spitalplanung, Spitalliste und Leistungsauftrag	10
3.3	Finanzierung der stationären Spitalversorgung	12
3.4	Spitalimmobilien	13
4	Finanzielle Auswirkungen	14
4.1	Allgemein	14
4.2	Innerkantonale öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler	14
4.3	Innerkantonale Privatspitäler	16
4.4	Ausserkantonale Hospitalisationen (freie Spitalwahl)	16
4.5	Übersicht über die finanziellen Auswirkungen	18
4.6	Vergütungsanteil des Kantons an stationäre Spitalbehandlungen	19
5	Vernehmlassung	20
6	Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen	22
6.1	Allgemeine Bestimmungen (Art. 1 und 2)	22
6.2	Zuständigkeiten (Art. 3 bis 5)	22
6.3	Spitalplanung und Spitalliste (Art. 6 bis 20)	25
6.4	Finanzierung (Art. 21 bis 25)	29
6.5	Schlussbestimmungen (Art. 26 bis 34)	32
7	Verfahren und Referendum	36

8	Antrag	36
	Beilage: Glossar	37
	Entwurf (Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung)	39

Zusammenfassung

Am 21. Dezember 2007 verabschiedete das eidgenössische Parlament mit einer Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) neue Spitalplanungs- und -finanzierungsbestimmungen. Mit der Revision des KVG, die auf den 1. Januar 2012 umgesetzt wird, müssen die Kantone ihre gesetzlichen Vorgaben für die Spitalplanung und -finanzierung überarbeiten. Der vorliegende Gesetzesentwurf schafft die rechtlichen Grundlagen für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung und regelt die entsprechende Umsetzung im Kanton St.Gallen.

Das KVG verlangt von den Kantonen, dass sie mit ihrer Spitalplanung die stationäre Spitalversorgung sicherstellen. Die Spitalplanung soll den Bedarf für alle Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons decken. Die Spitalplanung muss leistungsorientiert ausgestaltet und mit anderen Kantonen koordiniert werden. Neu werden öffentliche und private Spitäler sowie Geburtshäuser einander gleichgestellt. Jene Leistungserbringer, die für die Sicherstellung der Versorgung notwendig sind sowie die bundesrechtlichen und kantonalen Auflagen und Bedingungen erfüllen, erhalten einen Leistungsauftrag. Dabei wird insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der erbrachten Leistungen berücksichtigt.

Die stationären Leistungen gemäss Leistungsauftrag werden durch gesamtschweizerisch einheitlich geregelte leistungsbezogene Fallpauschalen entschädigt. Die Höhe der Pauschalen wird von den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Krankenversicherer) ausgehandelt. Die Pauschalen schliessen neu auch die Anlagenutzungskosten ein und müssen nach einer fünfjährigen Übergangsfrist zu 55 Prozent durch den Kanton und zu 45 Prozent durch die Versicherer getragen werden. Nicht Teil der Pauschalen sind gemeinwirtschaftliche Leistungen, die separat durch den Kanton vergütet werden. Diese umfassen die universitäre Lehre, die Forschung und die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen. Die Regierung kann weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen festlegen.

Das revidierte KVG verlangt u.a. die Gewährleistung der freien Spitalwahl für grundversicherte Patientinnen und Patienten. Heute beteiligt sich der Wohnkanton nur an den Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern, wenn medizinische Gründe vorliegen. Medizinische Gründe liegen vor, wenn die Leistung im Kanton nicht erhältlich ist oder ein Notfall vorliegt. Neu muss sich der Kanton an sämtlichen ausserkantonalen Spitalaufhalten in einem Spital auf einer Spitalliste beteiligen, unabhängig davon, ob es sich um ein öffentliches Spital oder um eine Privatklinik handelt und unabhängig davon, ob eine medizinisch notwendige ausserkantonale Behandlung vorliegt oder nicht. Bei medizinisch nicht notwendigen ausserkantonalen Behandlungen muss der Kanton aber höchstens den Tarif vergüten, der im Kanton für vergleichbare Leistungen angewendet wird.

Das neue Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung schafft die Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und bezieht die Privatspitäler gleichberechtigt in die Gesundheitsversorgung ein. Ziel ist die Gewährleistung einer bedarfsgerechten und zeitgemässen sowie qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung.

Die neue Spitalfinanzierung hat für den Kanton jährliche Mehrkosten von rund 60 Mio. Franken zur Folge. Während einer fünfjährigen Übergangsphase (2012 bis 2016) kann die Mehrbelastung des Kantons über die Festlegung des Kantonsanteils an die Abgeltung der stationären Leistungen reduziert werden, hat aber im Gegenzug höhere Krankenkassenprämien zur Folge.

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dieser Vorlage unterbreiten wir Ihnen Botschaft und Entwurf zum Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung.

1 Ausgangslage

1.1 Anlass der Neuregelung

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007 (SR 832.10; abgekürzt KVG) hat der Bund die Grundlagen der Spitalfinanzierung neu geregelt. Die Bestimmungen zur neuen Spitalfinanzierung sind am 1. Januar 2009 in Kraft getreten, entfalten ihre Wirkung aufgrund der Übergangsbestimmungen jedoch erst ab dem 1. Januar 2012.

Mit dem Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung werden die für die Umsetzung der Neuordnung der Spitalfinanzierung notwendigen Ausführungsbestimmungen erlassen und die Zuständigkeiten auf Kantonsebene festgelegt. Da die Gesundheitsversorgung einen wichtigen Aufgabenbereich des Kantons darstellt, der fast 500 Mio. Franken beansprucht, wurden die Ausführungsbestimmungen in einem eigenen Gesetz verankert und nicht in das bestehende Gesundheitsgesetz integriert. Der Kanton wird damit neben dem Gesetz über die Pflegefinanzierung (sGS 331.2) auch über ein eigenes Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung verfügen.

Die Gesetzesvorlagen anderer Kantone sehen u.a. auch eine Verselbständigung von öffentlichen Spitälern und Kliniken vor. Im Kanton St.Gallen wurden Rechtsform und Organisation der Spitälern und Psychiatrischen Kliniken bereits zu einem früheren Zeitpunkt angepasst (Gesetz über die Spitalverbunde, sGS 320.2, und Gesetz über die Psychiatrieverbunde, ABI 2010, 3863).

1.2 Die heutige Spitalplanung

Mit dem KVG wurde den Kantonen die Aufgabe der Erstellung einer bedarfsgerechten Spitalplanung und Spitalliste übertragen¹. Bei der Ausgestaltung der Spitalplanung sind die Kantone weitgehend frei.

Im Kanton St.Gallen liegt die Zuständigkeit für die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Art. 1 Bst. a des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung (sGS 331.11) bei der Regierung.

Gegen die von der Regierung im Jahr 1997 erlassene Spitalliste wurde von Krankenversicherern und Leistungserbringern Beschwerde an den Bundesrat erhoben. Der Bundesrat hob die Spitalliste im Juni 1999 auf. Seither wurde auf die Erarbeitung einer neuen Spitalliste verzichtet. Nur im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt eine gültige Spitalliste vor (sGS 331.42). Daraus resultierten jedoch keine Nachteile für den Kanton. Eine Studie zeigte, dass der Bettenabbau einem seit 1985 beobachtbaren Trend entspricht und nicht durch die kantonalen Spitallisten ausgelöst, sondern dadurch höchstens etwas beschleunigt wurde. Der Abbau von Bettenkapazitäten

¹ Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG.

war v.a. eine Folge des Spardrucks in den Kantonen und der sinkenden Aufenthaltsdauern aufgrund des medizinischen Fortschritts und veränderter Behandlungsformen.²

Solange der Kanton St.Gallen über keine gültige Spitalliste verfügt, richtet sich die Zulassung der Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach den Übergangsbestimmungen von Art. 101 Abs. 2 KVG. Damit sind sämtliche Institutionen, die nach früherem Recht als Heilanstalten galten, im Umfang des vor Inkrafttreten des KVG bestehenden Leistungsangebots als Leistungserbringer zu Lasten der OKP zugelassen.

1.3 Die heutige Spitalfinanzierung

Die Finanzierung eines Spitals erfolgt heute objektbezogen (es werden nicht Leistungen vergütet, sondern Kosten gedeckt) und ist davon abhängig, ob dieses als öffentlich, öffentlich subventioniert oder als privat gilt. Bei privaten Spitälern mit allgemeiner Abteilung ohne öffentliche Subventionen werden die Investitionskosten sowie die anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung bis zu 100 Prozent von der OKP übernommen. Bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern leistet die OKP keinen Beitrag an die Investitionskosten. Sie übernimmt höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung. Nicht anrechenbar sind Betriebskostenanteile aus Überkapazitäten sowie die Kosten für Lehre und Forschung.

Die Höhe der Entschädigung der OKP ist nach Art. 59c Abs. 1 Bst. a der Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102; abgekürzt KVV) von der Transparenz der Kosten abhängig. Nach der Empfehlungspraxis des Preisüberwachers kann ein Kostendeckungsgrad von 100 Prozent nur Privatspitälern bzw. von 50 Prozent nur öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zugestanden werden, die über eine Kostenträgerrechnung mit vollständiger Leistungserfassung verfügen. Für ein Spital, welches über keine Kostenträgerrechnung bzw. lediglich über eine detaillierte Kostenstellenrechnung verfügt, empfiehlt der Preisüberwacher einen Kostendeckungsgrad von höchstens 92 Prozent (Privatspitäler) bzw. 46 Prozent (öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler). Zudem darf der OKP-Tarif nach Art. 59c Abs. 1 Bst. b höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Nach den Empfehlungen des Preisüberwachers hat deshalb eine weitere Reduktion des OKP-Tarifs zu erfolgen, wenn sich die Kosten bzw. die von einem Spital beantragten Tarife aufgrund von Betriebsvergleichen als zu hoch erweisen.

Die Investitionskosten und die nicht von der OKP übernommenen Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler werden vom Kanton getragen oder durch Erträge aus dem Zusatzversicherungsbereich gedeckt. An innerkantonale Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern muss der Kanton ebenfalls einen Beitrag leisten. Dieser entspricht jenem Betrag, den die OKP für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner vergütet.

Bei medizinisch indizierten ausserkantonalen Hospitalisationen eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals übernimmt der Kanton die Differenz zwischen dem in Rechnung gestellten ausserkantonalen Tarif und den OKP-Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons. Als medizinisch indiziert gilt eine Behandlung, wenn sie im Wohnkanton bzw. in den Listenspitälern des Wohnkantons nicht angeboten wird oder ein Notfall vorliegt, der einen Rücktransport in ein Spital des Wohnkantons nicht zulässt.

² Rüefli Ch., Anderegg C., Boggio Y.: Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen. Studie des BüroVatter im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern 2005.

1.4 Die Neuordnung der Spitalplanung auf Bundesebene

Mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung wird die Planungspflicht der Kantone für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung ausgeweitet. Die Kantone müssen ihre Planung leistungsorientiert ausgestalten und untereinander koordinieren. Dies erfordert, dass sie Informationen über Patientenströme austauschen und Planungsmassnahmen miteinander absprechen.³ Es besteht die Möglichkeit, dass mehrere Kantone eine gemeinsame Planung erstellen. In die Planung sind private Trägerschaften angemessen einzubeziehen. Sie umfasst neu auch Geburtshäuser.⁴ Im Bereich der hochspezialisierten Medizin müssen die Kantone eine gesamtschweizerische Planung beschliessen. Sie haben dazu auf den 1. Januar 2009 eine interkantonale Vereinbarung zur Koordination der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) in Kraft gesetzt. Die Kantone müssen ihre Spitalplanung periodisch überprüfen.⁵

Der Bundesrat hat die für die Spitalplanung massgebenden Kriterien in Art. 58a bis 58e KVV festgelegt. Mit dem Systemwechsel zu einer leistungsbezogenen Spitalfinanzierung (durch die Pauschalen werden Leistungen vergütet und nicht Kosten gedeckt) erfolgt auch ein Übergang zu einer leistungsorientierten Spitalplanung. Diese orientiert sich am medizinischen Output und stellt für akutsomatische Behandlungen auf die Struktur der Fallpauschalen ab. Während die Versorgungsplanung für akutsomatische Krankheiten sowie in Geburtshäusern zwingend leistungsorientiert zu erfolgen hat, ist für die rehabilitative und psychiatrische Versorgung weiterhin eine kapazitätsbezogene Planung möglich.⁶ Der Versorgungsbedarf ist in nachvollziehbaren Schritten und anhand von statistisch ausgewiesenen Daten und Vergleichen zu ermitteln.⁷

Die Spitalplanung bildet auch weiterhin die Grundlage für die Erstellung der Spitalliste.⁸ Auf der Spitalliste sind die zur Deckung des ermittelten Versorgungsbedarfs notwendigen inner- und ausserkantonalen Einrichtungen mit dem erforderlichen Leistungsspektrum aufzuführen. Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Spitalliste einen Leistungsauftrag. Der Leistungsauftrag kann mit Auflagen, insbesondere zur Leistung eines Notfalldienstes, verbunden werden. Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebotes sind vor allem die Wirtschaftlichkeit (gezielter und wirkungsvoller Einsatz der verfügbaren Mittel) und Qualität der Leistungserbringung, der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer muss sich nach Art. 56 Abs. 1 KVG in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Zur Qualitätssicherung werden die Leistungserbringer nach Art. 77 KVV aufgefordert, Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität zu erarbeiten. Der «Nationale Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken» koordiniert die entsprechenden Messungen. Mitglieder des Vereins sind der Spitalverband H+, die Kantone, santésuisse und die Eidgenössischen Sozialversicherer. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität und im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.⁹

³ Art. 58d KVV.

⁴ Art. 39 Abs. 1 Bst. d, Abs. 2 und 3 KVG.

⁵ Art. 58a Abs. 2 KVV.

⁶ Art. 58c Bst. a und b KVV.

⁷ Art. 58b Abs. 1 KVV.

⁸ Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e KVG.

⁹ Art. 58b und Art. 58e KVV.

1.5 Die Neuordnung der Spitalfinanzierung auf Bundesebene

Mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung werden Listenspitäler¹⁰ mit privater Trägerschaft gleich finanziert wie öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler.

Die Finanzierung der Akutspitäler erfolgt ab dem 1. Januar 2012 über leistungsbezogene Pauschalen nach dem Tarifsystem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups). Bei SwissDRG wird jeder stationäre Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen usw.) einer Fallgruppe mit entsprechendem Schweregrad zugeordnet. Im Bereich der psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken werden vorerst weiterhin Tagespauschalen vergütet, da noch kein schweizweit einheitliches Fallpauschalsystem vorliegt.

Mit der schweizweiten Einführung von DRG-Pauschalen stellt sich insbesondere die Frage, welche Auswirkungen auf die vor- und nachgelagerten Bereiche (insbesondere freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte und freipraktizierende Angehörige anderer Gesundheitsberufe, Spitex und Pflegeheime) damit verbunden sind. Der Bundesrat forderte die Tarifpartner auf, ein Instrumentarium für die Kosten- und Leistungskontrolle zu erarbeiten. Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und H+ Die Spitäler der Schweiz nehmen ergänzend eine Begleituntersuchung über mögliche Leistungs- und Kostenverschiebungen vor. Diese beschränkt sich allerdings auf Verschiebungen zwischen Spital stationär, Spital ambulant und praxisambulantem Bereich. Derzeit ist noch offen, ob das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mögliche Kostenverschiebungen in die Bereiche Rehabilitation, Spitex und Pflegeheime untersuchen lässt. Fest steht einzig, dass das BAG die Auswirkungen der Fallpauschalen auf die Situation der Berufsgruppen nicht untersuchen wird.

Die leistungsbezogenen Pauschalen schliessen die Investitionskosten ein. Sie enthalten hingegen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen, wie insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, die universitäre Lehre und die Forschung. Mit den leistungsbezogenen Pauschalen sollen alle Ansprüche eines Spitals für OKP-Leistungen abgegolten werden.¹¹ Es ist jedoch nicht auszuschliessen, dass Institutionen, die versorgungspolitisch notwendige Leistungen erbringen und dafür keine kostendeckenden Tarife erhalten, auf zusätzliche Kantonsbeiträge angewiesen sind. Dies könnte v.a. Leistungen von Kinderspitälern, von psychiatrischen Ambulatorien und von geriatrischen und psychiatrischen Tageskliniken betreffen.

Die leistungsbezogenen Pauschalen werden von den Krankenversicherern und Spitalern ausgehandelt.¹² Für Behandlungen in Listenspitälern muss der Kanton mindestens 55 Prozent und die OKP höchstens 45 Prozent der vereinbarten Pauschalen übernehmen.¹³ Nach Abs. 5 der Übergangsbestimmung zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007 können Kantone mit einem unterdurchschnittlichen Prämienniveau ihren Vergütungsanteil vorübergehend zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozent betragen. Ab dem Jahr 2017 beträgt der kantonale Anteil in allen Kantonen mindestens 55 Prozent.

Eine Teilnahme des Kantons an den Tarifverhandlungen ist nicht vorgesehen. Tarifverträge bedürfen zu ihrer Gültigkeit jedoch der Genehmigung der Kantonsregierung. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit der Vorgabe des KVG bezüglich Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Dazu führt sie Betriebsvergleiche durch. Kommt kein Tarifvertrag zustande,

¹⁰ Spitäler, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt werden.

¹¹ Art. 49 KVG.

¹² Art. 46 Abs. 1 und Art. 49 Abs. 1 KVG.

¹³ Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG.

setzt die Kantonsregierung den Tarif fest.¹⁴ Die Genehmigungsbehörde hat vor ihrem Entscheid den Preisüberwacher anzuhören und von der Empfehlung des Preisüberwachers abweichende Entscheidungen zu begründen (Art. 14 Abs. 1 und Abs. 2 des Preisüberwachungsgesetzes, SR 942.20; abgekürzt PÜG). Gegen den Entscheid der Genehmigungsbehörde kann Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.¹⁵

Die bisherige Finanzierung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler über Globalkredite wird neu durch Kantonsbeiträge ersetzt. Diese setzen sich aus einer leistungsbezogenen Entschädigung für stationäre Spitalbehandlungen, die zu mindestens 55 Prozent durch den Kanton zu tragen ist, sowie aus einer Entschädigung für gemeinwirtschaftliche Leistungen, die vollständig durch den Kanton getragen wird, zusammen. Die Einflussnahme von Kantonsrat und Regierung auf die Kosten der stationären Gesundheitsversorgung wird somit in Zukunft v.a. über die Genehmigung der Tarifverträge, die Festlegung des Kantonsanteils, die Definition und Entschädigung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie über die Entrichtung zusätzlicher Kantonsbeiträge erfolgen.

Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten beschränkt sich ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr auf die Listenspitäler des Wohnkantons, sondern umfasst die Listenspitäler aller Kantone. Bei medizinisch indizierten ausserkantonalen Hospitalisationen in einem Listenspital übernehmen Krankenversicherer und Wohnkanton den für das Spital geltenden OKP-Tarif anteilmässig. Bei nicht medizinisch indizierten ausserkantonalen Behandlungen wird hingegen höchstens ein Referenztarif (OKP-Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt) erstattet.¹⁶ Liegen die OKP-Tarife des behandelnden ausserkantonalen Spitals über dem st.gallischen Referenztarif, muss die Differenz vom Versicherten getragen werden. Die Versicherten haben die Möglichkeit, zur Deckung der Mehrkosten eine Zusatzversicherung abzuschliessen.

Spitäler, die nicht auf eine Spitalliste aufgenommen werden, können neu die Stellung eines Vertragsspitals erlangen. Die Vertragsspitäler können den Krankenversicherern (auf vertraglicher Basis) höchstens den gleichen Anteil an der OKP-Pauschale verrechnen, wie er in einem Listenspital geschuldet wäre.¹⁷ Der Kanton muss sich nicht an der Finanzierung von stationären Behandlungen in Vertragsspitälern beteiligen. Nach den Empfehlungen der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sollen die Kantone aber an stationäre Notfallbehandlungen in Vertragsspitälern einen Beitrag ausrichten.

1.6 Übersicht über die Änderungen zur Spitalplanung und -finanzierung

Die wichtigsten Änderungen, die aus der Neuordnung der Spitalplanung und Spitalfinanzierung resultieren, werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

Bereich	bisher	neu
Unterteilung der Spitäler	Öffentliche, öffentlich subventionierte und private Spitäler	Listenspitäler, Vertragsspitäler und Spitäler ohne KVG-Bezug Geburtshäuser werden den Spitälern gleichgestellt

¹⁴ Art. 46 und 47 KVG.

¹⁵ Art. 53 Abs. 1 KVG.

¹⁶ Art. 41 Abs. 1bis und Abs. 3 KVG.

¹⁷ Art. 49a Abs. 4 KVG.

Bereich	bisher	neu
Versorgungsplanung	Kapazitätsbezogen	Leistungsbezogen für akutsomatische Krankheiten (für die rehabilitative und psychiatrische Versorgung kann die Planung vorerst weiterhin kapazitätsbezogen erfolgen)
Mitfinanzierung durch den Kanton	Beschränkt auf öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler	Umfasst sämtliche Behandlungen in Listenspitälern (Privatspitäler sind öffentlichen Spitälern gleichgestellt)
Finanzierung der Spitäler	Kanton: Globalkredite / Staatsbeiträge Krankenversicherer: Tages- oder Fallpauschalen	Kanton und Krankenversicherer: Fallpauschalen nach dem Tarifsystem SwissDRG (für psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken weiterhin Tagespauschalen)
Kostenanteil Kanton und Krankenversicherer	Krankenversicherer: max. 50 Prozent Kanton: wenigstens 50 Prozent	Krankenversicherer: max. 45 Prozent Kanton: wenigstens 55 Prozent
Finanzierung der Investitionskosten	Öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler: separate Finanzierung zu 100 Prozent durch den Kanton Privatspitäler mit allgemeiner Abteilung: im OKP-Tarif enthalten	Investitionskosten sind neu in den leistungsbezogenen Pauschalen enthalten und werden anteilmässig von Krankenversicherer und Kanton finanziert
Mitfinanzierung ausserkantonaler Hospitalisationen durch Kanton	Beschränkt auf medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern	Sämtliche ausserkantonale Hospitalisationen in Listenspitälern (freie Spitalwahl)
Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Nicht-universitäre Lehre)	Die Kosten für die nicht-universitäre Lehre werden zu 100 Prozent vom Kanton finanziert	Die Kosten für die nicht-universitäre Lehre sind in den leistungsbezogenen Pauschalen enthalten und werden anteilmässig von Krankenversicherer und Kanton finanziert

2 Regelungsbedarf auf kantonaler Ebene

Die Revision des KVG macht Anpassungen der kantonalen Gesetzgebung erforderlich. Zur Regelung der stationären Gesundheitsversorgung durch Spitäler und Geburtshäuser soll ein neues Gesetz erlassen werden.

Das Bundesrecht setzt die Rahmenbedingungen für die Spitalplanung und -finanzierung, indem es die Abgeltung auf der Grundlage einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur, die Festlegung eines fixen Kostenteilers zwischen der öffentlichen Hand und den Versicherern sowie eine leistungsorientierte Spitalplanung nach Massgabe von Qualität und Wirtschaftlichkeit vorschreibt. In den Ausführungsverordnungen zum KVG sind verschiedene Fragen offen geblieben. Dadurch haben die Kantone einen Handlungsspielraum bei der Festlegung der Ziele der Spitalplanung und der Anforderungen an die Leistungserbringer, bei der Gestaltung der Spitalliste, bei der Festlegung der Zahlungsmodalitäten¹⁸ und der Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung. In der kantonalen Gesetzgebung werden die zentralen Planungskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit berücksichtigt. Der kantonale Spielraum wird insbesondere in Verbindung mit der Vergabe der Leistungsaufträge genutzt, um gleiche Bedingungen für alle Marktteilnehmende zu schaffen, ohne dabei die unternehmerische Verantwortung und das unternehmerische Handeln der Spitäler einzuschränken. Die Verantwortung der Spitäler soll hingegen gefördert und die Einhaltung der Vorgaben kontrolliert werden.

¹⁸ Zu den Zahlungsmodalitäten zählen u.a. mögliche Akontozahlungen, Zahlungsfristen, Einzelfall- oder Sammelrechnung oder die Frage ob der Kanton seinen Anteil dem Spital oder dem Versicherer, welcher dem Spital beide Anteile überweist, leistet.

Die neue Spitalplanung und -finanzierung soll dort lenkend eingreifen, um eine langfristige und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Kantons St.Gallen zu gewährleisten, eine unkontrollierbare Mengen- und Kostenausweitung zu vermeiden und Wettbewerbsverzerrungen (z.B. die Beschränkung des Angebotes auf lukrative Segmente) zu verhindern.

Die Mitfinanzierung des Kantons soll grundsätzlich auf die für die Sicherstellung der Versorgung notwendigen Leistungserbringer beschränkt werden. Ein zentrales Anliegen der Revision des KVG war die Steigerung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Um die unternehmerische Freiheit von Spitälern und Geburtshäusern nicht unnötigerweise einzuschränken, wurde auf die Festlegung von Höchstfallzahlen sowie auf Vorschriften zur Limitierung von Behandlungs- und Bettenkapazitäten verzichtet. Zur Verhinderung eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs könnte die Regierung hingegen nach Art. 51 KVG ein Globalbudget fixieren. Dieses limitiert nicht die Anzahl der zu vergütenden Fälle, sondern die Gesamtkosten der stationären Behandlung in allen Spitälern des Kantons.

Entsprechend den Übergangsbestimmungen des KVG müssen die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach der Einführung der Leistungsfinanzierung, d.h. spätestens auf den 1. Januar 2015, den neuen Planungsanforderungen entsprechen. Spätestens bis 1. Januar 2015 muss auch der Kanton St.Gallen die überarbeitete Spitalliste vorlegen. Bis zur Anpassung der Spitalliste müssen die Kantone ihren Kostenanteil in allen Spitälern, die auf der aktuell gültigen Spitalliste aufgeführt sind, übernehmen. Der Kanton St.Gallen muss demnach – bis eine Spitalliste nach neuem Recht vorliegt – ab 2012 sämtlichen Institutionen, die nach früherem Recht als Heilanstalten galten, den durch die Regierung festzulegenden Vergütungsanteil ausrichten.

3 Grundzüge des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung

3.1 Verantwortung von Kantonsrat, Regierung und zuständigem Departement

Mit dem Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung werden Verantwortung und Kompetenzen im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung geregelt.

Der Kantonsrat übt die Oberaufsicht aus. Er beschliesst über die Ausgaben, wobei ein wesentlicher Teil der Ausgaben aufgrund der neuen Spitalfinanzierung als gebundene Ausgabe zu betrachten ist. Die Finanzierung der Spitäler erfolgt nicht mehr über Globalkredite, sondern durch Kantonsbeiträge – bestehend aus einer Entschädigung für stationäre Spitalbehandlungen und für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Finanzieller Handlungsspielraum besteht nur noch bei der Festlegung und Entschädigung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (universitäre Lehre, Forschung und Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen) und bei der Vergabe von zusätzlichen Kantonsbeiträgen zur Sicherstellung der Versorgung.

Die Regierung ist zuständig für die Spitalplanung und erlässt darauf basierend die Spitalliste. Diese umfasst all jene Spitäler, denen ein Leistungsauftrag erteilt wird. Die Erteilung der Leistungsaufträge durch die Regierung und die Festlegung der damit verbundenen Auflagen und Bedingungen sind zentral für die Steuerung der Gesundheitsversorgung und bilden die Grundlage für die Erteilung der kantonalen Beiträge. Die Regierung hat wie bisher umfassende Zuständigkeiten im Tarifbereich. Im Falle einer Einigung zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern genehmigt sie die Tarifverträge, im Falle einer Nichteinigung legt sie die Tarife hoheitlich fest. Als weiteres finanzielles Steuerungsinstrument kann die Regierung zur Kosteneindämmung ein Globalbudget für die Finanzierung der Spitäler festlegen.

Das Gesundheitsdepartement erstellt die Spitalplanung und die Spitalliste zuhanden der Regierung und überprüft sie regelmässig. Es formuliert Planungsziele, erfasst den Istzustand und den künftigen Bedarf und bestimmt die künftigen Angebote. Es evaluiert die Leistungserbringer auf der Basis von Qualität und Wirtschaftlichkeit, der Zugänglichkeit von Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie der langfristigen Versorgungssicherheit. Es bereitet jene Leistungsaufträge vor, die für die kantonale Gesundheitsversorgung notwendig sind und durch die Regierung erteilt werden.

Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, zeitgemässen, qualitativen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung ist es wichtig, die Leistungen hinsichtlich ihrer Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu kontrollieren und die Einhaltung der Voraussetzungen, Auflagen und Bedingungen durch die Spitäler zu überprüfen. Die Überprüfung durch den Kanton rechtfertigt sich auch aufgrund der hohen finanziellen Beteiligung; der Kanton übernimmt mit einem Anteil von 55 Prozent an den Pauschalen für stationäre Leistungen mehr als die Hälfte der Kosten.

Die Kompetenzen von Kantonsrat, Regierung und des zuständigen Departements (i.d.R. Gesundheitsdepartement) werden in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Kantonsrat	Regierung	zuständiges Departement
Oberaufsicht über die stationäre Gesundheitsversorgung	Aufsicht über die stationäre Gesundheitsversorgung Erstellung und Überprüfung von Spitalplanung und Spitalliste	Durchführung des Evaluationsverfahrens Vorbereitung und periodische Überprüfung von Spitalplanung, Spitalliste und Leistungsaufträge
Beschliesst über Kantonsbeiträge für: – stationäre Gesundheitsversorgung – gemeinwirtschaftliche Leistungen – zusätzliche Beiträge zur Sicherstellung der Versorgung	Erteilung der Leistungsaufträge Bestimmung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen inkl. Entschädigung Festlegung zusätzlicher Beiträge zur Sicherstellung der Versorgung Genehmigung der Tarifverträge und hoheitliche Festlegung der Tarife bei fehlender Einigung Fixierung eines Globalbudgets zur Kosteneindämmung	Überprüfung von: – Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen – Zahl, Qualifikationen und Arbeitsbedingungen von Spitalangestellten – Einhaltung der Aufnahmebereitschaft – Einhaltung weiterer Bedingungen und Auflagen Entscheid über Kostenübernahme und Referenztarif bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten

3.2 Spitalplanung, Spitalliste und Leistungsauftrag

Der Bund schreibt nach Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG eine bedarfsgerechte Spitalversorgung unter angemessener Berücksichtigung der privaten Leistungserbringer vor. Das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung soll die Sicherstellung der Spitalversorgung über die Kernelemente Spitalplanung, Spitalliste und Leistungsauftrag sicherstellen.

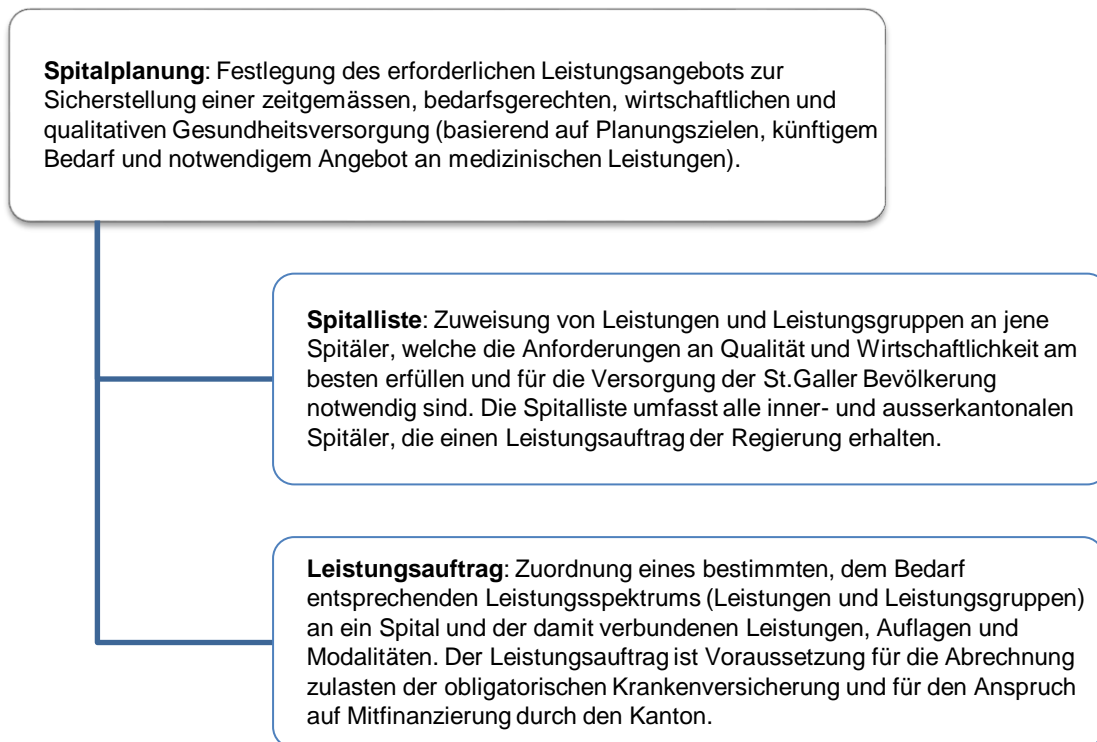
Die Kantone müssen ihre Planung koordinieren. Es sind insbesondere Informationen über die Patientenströme auszutauschen und auszuwerten sowie Planungsmassnahmen zu koordinieren. Im Rahmen der GDK Ost findet eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ostschweizer Kantonen statt. Es werden eine einheitliche Planungssystematik und möglichst übereinstimmende Auflagen für die Aufnahme der Leistungserbringer in die Spitalliste angestrebt. Die interkantonale Zusammenarbeit betrifft insbesondere die Koordination und Konzentration von seltenen oder komplexen Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten bedingen (Zentrumsleistungen und Leistungen der hochspezialisierten Medizin). Im Rahmen der Leistungen der Grundversorgung ist eine geringere interkantonale Koordination erforderlich.

Die Planung erfolgt auf der Basis der festgelegten Planungsziele, des künftigen Bedarfs sowie des bestehenden und künftigen Angebots an medizinischen Leistungen. Für die Planung werden die stationären Leistungen zu medizinischen Leistungsgruppen zusammengefasst. Der Zusammenzug einzelner medizinischer Leistungen soll eine im Klinikalltag umsetzbare Definition von Leistungsaufträgen ermöglichen und Versorgungslücken aufgrund einer Beschränkung auf lukrative medizinische Angebote verhindern. Medizinische Leistungen oder Leistungsgruppen werden jenen Spitälern und Geburtshäusern zugewiesen, welche die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie die weiteren Ziele der Spitalplanung am besten erfüllen. Dadurch wird eine optimale Umsetzung der Planungsziele möglich.

Auf der Basis der Spitalplanung werden die Spitalliste verfasst und die Leistungsaufträge erteilt. Die Spitalliste entspricht einer zusammenfassenden Darstellung der Leistungsaufträge, indem sie alle inner- und ausserkantonale Spitäler enthält, die einen Leistungsauftrag der Regierung erhalten. Mit den Leistungsaufträgen werden den Spitälern Leistungsspektren zugeordnet und die damit verbundenen Leistungen, Auflagen und Modalitäten geregelt. In den Leistungsaufträgen werden ebenfalls die durch zusätzliche kantonale Beiträge geschädigten gemeinwirtschaftlichen Leistungen geregelt. Die Erteilung eines Leistungsauftrages und die damit verbundene Aufnahme in die kantonale Spitalliste bilden die Voraussetzungen für die Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung und für den Anspruch auf Mitfinanzierung durch den Kanton.

Zur Sicherstellung einer zeitgemässen, bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitativen Gesundheitsversorgung im ganzen Kanton kann die Regierung die Erteilung von Leistungsaufträgen mit Auflagen und Bedingungen verknüpfen. Darunter fallen Auflagen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung des Spitalpersonals, zur Einhaltung von Mindestfallzahlen oder zur Sicherstellung der Notfallaufnahme. Mit der Verknüpfung von Auflagen und Bedingungen an die Leistungsaufträge sollen ein geregelter Wettbewerb unter den Anbietern ermöglicht und gleich lange Spiesse gewährleistet werden.

Abbildung 1 über den Zusammenhang zwischen Spitalplanung, Spitalliste und Leistungsaufträge:



3.3 Finanzierung der stationären Spitalversorgung

Das neue Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung nimmt die Finanzierungsbestimmungen des KVG auf und konkretisiert sie soweit nötig.

Spitäler werden neu auf der Basis von leistungsbezogenen Pauschalen (SwissDRG) entschädigt. Die Bemessung der Pauschalen orientiert sich an der medizinischen Diagnose (Diagnosis Related Groups, DRG). Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein empirisch ermitteltes Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand beschreibt. Der Betrag, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, errechnet sich aus dem Kostengewicht des betreffenden Falls multipliziert mit dem Basispreis (Baserate). Während das Kostengewicht der DRG schweizweit einheitlich definiert werden soll, wird die Höhe der Baserate zwischen den Tarifpartnern, d.h. den Spitälern und den Krankenversicherern, ausgehandelt und vertraglich vereinbart. Die Regierung genehmigt die Tarifverträge, wenn sie den Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Billigkeit genügen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt nach einem Benchmarking-Modell.

Die Vergütung der stationären Leistungen soll gemäss Bundesrecht zu mindestens 55 Prozent durch die Kantone und zu maximal 45 Prozent durch die Krankenversicherer erfolgen. Nach der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist für Kantone mit einem Prämienniveau unter dem schweizerischen Durchschnitt soll der Kantonsanteil ab 2017 im Gesetz auf 55 Prozent fixiert werden. Dadurch erübrigt sich die jährliche Festlegung des kantonalen Kostenanteils. Für das Jahr 2012 wurde der kantonale Kostenanteil auf 50 Prozent festgelegt. Zur Gewährleistung der zeitgerechten Umsetzung erfolgte die Festlegung mittels Dringlichkeitsverordnung (Verordnung über den Kantonsanteil an den Abgeltungen der stationären Spitalleistungen; ABI 2011, 1025). Der kantonale Vergütungsanteil für die restliche Übergangsfrist (2013 bis 2016) soll auf der Basis eines separaten Gesetzes über den Kantonsanteil an den stationären Spitalleistungen festgelegt und stufenweise auf 55 Prozent erhöht werden.

Das neue Gesetz regelt auch die Festlegung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die nicht in den Pauschalen enthalten sind und vom Kanton separat vergütet werden.

Wo kostendeckende Vergütungssysteme für versorgungspolitisch notwendige Leistungen fehlen und sich Finanzierungslücken nicht durch Ertragsüberschüsse in anderen Bereichen decken lassen, soll das Gesetz die Grundlage für zusätzliche kantonale Beiträge schaffen. Zusätzliche Kantonsbeiträge werden zur Erhaltung der Versorgungssicherheit gewährt, ein Rechtsanspruch auf kantonale Beiträge besteht nicht. Diese sind durch die Regierung festzulegen und im Rahmen des Voranschlags durch den Kantonsrat zu beschliessen.

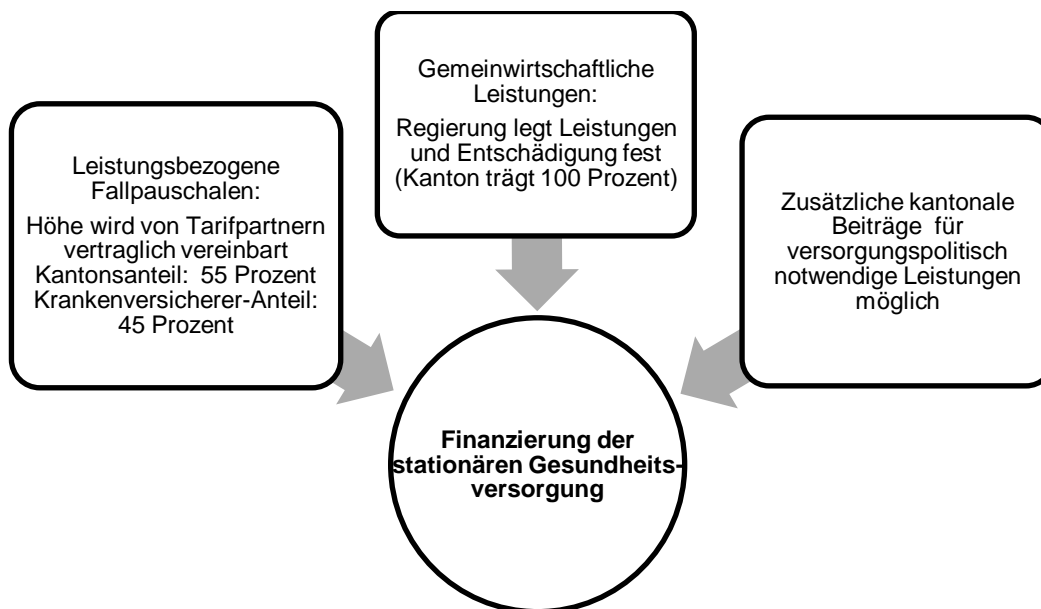
In den Leistungsaufträgen werden jene finanziellen Aufwendungen des Kantons, die über die obligatorisch zu finanzierenden Fallpauschalen hinausgehen, d.h. die zusätzlichen Kantonsbeiträge und die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen, getrennt und transparent aufgeführt.

Da die leistungsbezogenen Fallpauschalen neben den Betriebskosten auch einen Investitionskostenanteil enthalten, entfallen separate Baubeiträge an Spitälern, die Eigentümer der Spitalimmobilien sind. Diese Spitälern sollen ihre Investitionen über die Investitionskostenzuschläge bzw. über den privaten Kapitalmarkt finanzieren. Sollte auf dem privaten Kapitalmarkt keine Finanzierung zustande kommen, sieht das Gesetz zur Sicherstellung der Versorgung die Möglichkeit der Darlehensgewährung durch den Kanton vor.

Während einer dreijährigen Übergangsfrist sollen die Investitionskosten über einen Normkostenzuschlag entschädigt werden. Die von den Versicherern und vom Kanton vergüteten Investitionskostenzuschläge werden von den Spitälern und Kliniken vereinnahmt. Spitälern, die Eigentümer der Spitalimmobilien sind, finanzieren damit die Bauinvestitionen und die Anschaffung von Mobilien und medizin-technischen Geräten. Spitälern, die Mieter der Spitalimmobilien sind, finanzieren

mit den Investitionskostenzuschlägen die Miete und die Anschaffung von Mobilien und medizinischen Geräten. Im Unterschied zu heute werden den Spitalverbunden die Miete und Unterhalt und Reparaturen von Immobilien nicht mehr vom Kanton entschädigt. Da es sich um Normkostenzuschläge handelt, können die Einnahmen im Einzelfall von den Anlagenutzungskosten abweichen.

Abbildung 2 über Finanzierung von Spitäler auf der kantonalen Spitalliste:



3.4 Spitalimmobilien

Im Rahmen dieses Gesetz erfolgt keine Prüfung der Frage, ob bei den Spitalverbunden und Psychiatrieverbunden das Eigentum der Spitalimmobilien vom Kanton an die Betriebe oder an eine Immobiliengesellschaft des Kantons oder der Betriebe übertragen werden soll. Damit bleiben die Spitalverbunde und Psychiatrieverbunde vorerst Mieterin der Spitalimmobilien. Gegen eine Übertragung der Spitalimmobilien sprechen die vielen Unsicherheiten im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung. Erstens sind weder die Höhe der Fallpauschalen noch die Höhe des Investitionskostenzuschlages, welche ab 2012 zur Anwendung gelangen, klar. Zudem handelt es sich beim Investitionskostenzuschlag lediglich um eine zeitlich befristete Übergangslösung. Nach drei Jahren sollen die Investitionskosten in die Tarifstruktur SwissDRG integriert und nicht mehr in Form eines einheitlichen Pauschalzuschlages abgegolten werden. Zweitens weisen die Spitalverbunde und Psychiatrieverbunde einen erheblichen Investitionsnachholbedarf auf. Dieser wird auf mehrere hundert Mio. Franken veranschlagt. Bei einer Übertragung der Immobilien würde sich die Frage einer anteilmässigen Ausfinanzierung des Investitionsnachholbedarfs durch den Kanton stellen. Dies würde eine Volksabstimmung erfordern und hätte einen erheblichen Bezug von Eigenkapital zur Folge, was im Widerspruch zu den derzeitigen Massnahmen zum Aufgaben- und Finanzplan 2012-2014 und der Verzichtplanung stünde. Drittens orientiert sich die Investitionskostenabgeltung gemäss einer Verordnung des Bundes am Anschaffungs- und nicht am Wiederbeschaffungswert. Den Spitälern droht damit ohne Anpassung der Verordnung eine systematische Unterfinanzierung im Bereich der Investitionen. Es empfiehlt sich daher, zuerst die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung abzuwarten, bevor eine Übertragung der Spitalimmobilien in Betracht gezogen wird.

4 Finanzielle Auswirkungen

4.1 Allgemein

Mit der neuen Spitalfinanzierung werden die Kantone und die obligatorische Krankenpflegeversicherung zusätzlich belastet und die Zusatzversicherungen erheblich entlastet. Die Entlastung der Zusatzversicherungen ist umso grösser, je mehr Privatspitäler als Listenspitäler bezeichnet werden. Für die Kantone ergeben sich beträchtliche Mehrkosten, weil sie sich neu an den Behandlungskosten in innerkantonalen Privatspitälern (sofern diese auf der Spitalliste aufgeführt werden) und als Folge der freien Spitalwahl an sämtlichen ausserkantonalen Behandlungen in Listenspitälern beteiligen müssen. Heute sind die Beiträge an ausserkantonale Hospitalisationen auf medizinisch notwendige Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern beschränkt. Die Auswirkungen auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) sind schwierig abzuschätzen, da diese aufgrund der Mitfinanzierung der Investitionskosten und der nicht-universitären Lehre belastet, im Bereich der Privatspitäler mit allgemeiner Abteilung hingegen entlastet wird. Bei Privatspitälern mit allgemeiner Abteilung musste die OKP bisher den vollen Tarif (einschliesslich Abgeltung für Investitionskosten) übernehmen. Neu reduziert sich die Entschädigung der OKP bei Privatspitälern mit allgemeiner Abteilung auf rund die Hälfte.

4.2 Innerkantonale öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler

An die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler richtete der Kanton St.Gallen im Jahr 2010 Beiträge von rund 403 Mio. Franken aus – entweder als Globalkredit (Spitalverbunde, psychiatrische Dienste, Ostschweizer Kinderspital und Geriatrische Klinik St.Gallen) oder als Kantonsbeitrag (Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof, Kinderschutzzentrum Bereich Psychotherapiestation Romerhuus¹⁹ und Klinik Walenstadtberg). Darin sind keine Beiträge an Bauten und Renovationen und keine Investitionsbeiträge an die Spitalverbunde und die psychiatrischen Dienste enthalten. Für das Jahr 2011 wurden rund 405 Mio. Franken veranschlagt.

Mit der neuen Spitalfinanzierung werden die Globalkredite durch Kantonsbeiträge ersetzt. Der Kantonsbeitrag für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler ist grundsätzlich gleich aufgebaut wie der Kantonsbeitrag für Privatspitäler, die neu ebenfalls Gelder von der öffentlichen Hand erhalten. Der Kantonsbeitrag umfasst einen Beitrag für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und Fallbeiträge für die stationäre Versorgung. Damit entfallen verschiedene bisherige Globalkreditpositionen:

- Die Aus- und Weiterbildungskosten von nicht universitären Gesundheitsberufen (u.a. Pflegeberufe), welche bisher der Kanton vollumfänglich finanzierte, werden neu in die leistungsbezogenen Pauschalen integriert. Dies entlastet den Kanton um rund sieben Mio. Franken.²⁰
- Der Beitrag für die stationäre Versorgung ist auf Fallbeiträge für krankenversicherte Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen beschränkt. Dies erhöht – gestützt auf Annahmen über die Anzahl der krankenversicherten Patientinnen und Patienten, deren Fallschwere und des zu vereinbarenden Basispreises (Preis für einen stationären Spitalaufenthalt mit dem Standard-Schweregrad von 1.0) gemäss SwissDRG für Akutspitäler bzw. Tagesvollpauschale für Rehabilitationskliniken und Psychiatrischen Kliniken (ohne Einbezug des Investitionskostenbeitrages) – die Belastung des Kantons St.Gallen um rund 10,5 Mio. Franken. Die Mehrbelastung ist v.a. auf Annahmen zu Tarifierhöhungen (an denen sich der Kanton anteilmässig beteiligen muss) und auf Annahmen zum Anstieg der Anzahl stationärer Patientinnen und Patienten zurückzuführen.

¹⁹ Die Stiftung Ostschweizer Kinderspital St.Gallen betreibt im Auftrag des Kantons ein Kinderschutzzentrum mit den Bereichen Romerhuus (stationäre Psychotherapiestation), Schlupfhuus (stationäres Kriseninterventionsangebot) und InVia (ambulantes Betreuungsangebot). Das Schlupfhuus und die Beratungsstelle InVia werden weiterhin gestützt auf das Sozialhilfegesetz (sGS 381.1) finanziert.

²⁰ Im Rahmen der Verzichtspannung des Kantons St.Gallen erfolgt eine Kürzung der Beiträge an Spitäler und Kliniken um 6 Mio. Franken.

- Beiträge für Patientinnen und Patienten der übrigen Sozialversicherer (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung, rund zwölf Mio. Franken), die aufgrund des bisher ungenügenden Kostendeckungsgrades (80 Prozent anstatt 100 Prozent) resultierten, sind nicht mehr vorgesehen. Die Spitäler müssen folglich bestehende Vereinbarungen mit der Zentralstelle für Medizinaltarife in Luzern kündigen und möglichst kostendeckende Tarife vereinbaren.
- Beiträge an die Versorgung von ambulanten Patientinnen und Patienten (rund 36 Mio. Franken) fallen ebenfalls weg.
- Beiträge für projektbezogene Sonderkredite (rund 17 Mio. Franken) müssen neu in die Fallpauschale eingerechnet werden.
- Pauschale Besoldungsanpassungen (rund fünf Mio. Franken) müssen neu ebenfalls in die Fallbeiträge eingerechnet werden.
- Im Gegenzug muss im Sinn der Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitalern auf die Abschöpfung von Mehrerträgen von ausserkantonalen bzw. ausländischen bzw. von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten verzichtet werden (rund 62 Mio. Franken).
- Anstelle der bisherigen Beiträge an die Hochbauten (rund 48 Mio. Franken) würden die Spitäler und Kliniken vom Kanton rund 40 Mio. Franken als Investitionskostenbeitrag für krankenversicherte st.gallische Patientinnen und Patienten erhalten.
- Dem Ostschweizer Kinderspital und den Psychiatrischen Diensten müssen voraussichtlich zusätzliche Beiträge an ambulante Beratungsstellen und an die Tagesklinik ausgerichtet werden, da die heutigen Tarifstrukturen nicht kostendeckend sind oder notwendige Leistungen erbracht werden, die von den Tarifsystemen nicht abgegolten werden, und keine Mehrerträge von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten zur Querfinanzierung herangezogen werden können. Falls sich die neue Tarifstruktur SwissDRG für Kinderspitäler als wenig geeignet erweisen sollte, müssten für das Ostschweizer Kinderspital auch zusätzliche Beiträge für die stationäre Versorgung vorgesehen werden. Die zusätzlichen Beiträge für versorgungspolitisch notwendige Leistungen der Psychiatrischen Dienste und des Ostschweizer Kinderspitals werden auf rund 16,5 Mio. Franken veranschlagt.

Finanzielle Auswirkungen

(+ = Belastung Kanton / - = Entlastung Kanton)	Betrag in Fr.
Integration der Ausbildung der nicht universitäre Berufe in die Fallpauschale	- 7 Mio.
Beitrag an stationäre Versorgung von krankenversicherten Patientinnen und Patienten	+ 10,5 Mio.
Wegfall der Beiträge an die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten der übrigen Sozialversicherer (UV-IV-MV-SUVA)	- 12 Mio.
Wegfall der Beiträge an ambulante Spitalleistungen	- 36 Mio.
Wegfall der Beiträge für Sonderkredite	- 17 Mio.
Wegfall der Beiträge für Besoldungsanpassungen	- 5 Mio.
Verzicht auf Abschöpfung von Mehrerträgen bei HP/P-Patientinnen und Patienten	+ 62 Mio.
Wegfall der Vergütung der Nutzungsentschädigung	- 48 Mio.
Anteilmässige Mitfinanzierung der Investitionskosten (Annahme: Zuschlag von 12 bis 15 Prozent)	etwa + 40 Mio.
Finanzierung von versorgungspolitisch notwendigen Leistungen im Bereich Kinderspital und Psychiatrischen Diensten	+ 16,5 Mio.
Total	+ 4 Mio.

Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen erhöhen sich die Beiträge der öffentlichen Hand an die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler und Kliniken von rund 405 Mio. Franken (im Jahr 2011) auf neu rund 409 Mio. Franken (im Jahr 2012). Die Mehrkosten der neuen Spitalfinanzierung im Bereich der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler belaufen sich somit auf rund vier Mio. Franken.²¹

4.3 Innerkantonale Privatspitäler

Das KVG sah bisher keine Betriebskostenbeiträge der öffentlichen Hand an Privatspitälern vor. Mit der neuen Spitalfinanzierung muss sich der Kanton jedoch an den Kosten von Privatspitälern beteiligen, sofern diese auf der Spitalliste des Kantons figurieren. Im Kanton St.Gallen wurden unter dem bisherigen KVG sechs Institutionen als nicht subventionierte Privatkliniken betrachtet: Hirslanden Klinik Stephanshorn (St.Gallen), Klinik St.Georg (Goldach), Rheuma- und Rehabilitationsklinik Valens (Valens), Rosenklinik am See (Rapperswil-Jona), Klinik Marienfried (Niederruzwil) und Geburtshaus Artemis (Steinach).

Werden diese Kliniken und das Geburtshaus Artemis mit ihrem heutigen Leistungsangebot auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen berücksichtigt, fallen für den Kanton St.Gallen – ausgehend von der Anzahl krankenversicherter st.gallischer Patientinnen und Patienten – jährliche Mehrkosten von rund 23,5 Mio. Franken an (einschliesslich eines pauschalen Zuschlags für die Investitionskosten). Es handelt sich dabei um einen Schätzwert, da verschiedene Variablen noch offen sind (Höhe der Baserate, Höhe des Investitionskostenzuschlages, usw.).

4.4 Ausserkantonale Hospitalisationen (freie Spitalwahl)

Gemäss bisherigem KVG musste sich der Kanton an medizinisch notwendigen ausserkantonalen Hospitalisationen von st.gallischen Patientinnen und Patienten in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern beteiligen. Eine ausserkantonale Hospitalisation galt dann als medizinisch notwendig, wenn die Behandlung innerhalb des Kantons nicht angeboten wurde oder wenn ein Notfall vorlag, der einen Rücktransport in ein Spital des Wohnkantons nicht zulies. Keine Kostenbeteiligung des Kantons war geschuldet bei medizinisch nicht notwendigen ausserkantonalen Behandlungen in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern und bei ausserkantonalen Behandlungen in Privatspitälern.

Die Beiträge des Kantons St.Gallen an medizinisch notwendige ausserkantonale Hospitalisationen von st.gallischen Patientinnen und Patienten haben sich wie folgt entwickelt:

	Anzahl Austritte	Beiträge Kanton SG
2005	1'478	13,9 Mio.
2006	1'594	15,1 Mio.
2007	1'546	15,5 Mio.
2008	1'735	16,4 Mio.
2009	1'919	18,4 Mio.
2010	1'930	18,2 Mio.

Quelle: Auswertung des Amtes für Gesundheitsversorgung aufgrund des Behandlungsdatums / 2010 noch unvollständig (Stand Mai 2011)

²¹ Die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung (insbesondere Wegfall des Defizitanteils der politischen Gemeinde St.Gallen an das Ostschweizer Kinderspital) auf den innerkantonalen Finanzausgleich sind im Rahmen des Wirkungsberichts zu diskutieren.

Der grösste Teil der Beiträge (rund 70 Prozent) floss an Zürcher Spitäler und Kliniken, welche u.a. Leistungen der spezialisierten bzw. hochspezialisierten Versorgung erbringen (z.B. Leistungen der Herzchirurgie, Organ-Transplantationen usw.), auch wenn auf Zürcher Spitäler nur rund 45 Prozent der medizinisch notwendigen ausserkantonalen Hospitalisationen entfallen. Rund 10 Prozent der Beiträge, aber rund 25 Prozent der ausserkantonalen Hospitalisationen entfallen auf Spitäler des Kantons Graubünden. Die restlichen 20 Prozent der Beiträge bzw. 30 Prozent der ausserkantonalen Hospitalisationen entfallen auf Spitäler und Kliniken in der ganzen Schweiz.

Für das Jahr 2011 sind 19 Mio. Franken für ausserkantonale Hospitalisationen veranschlagt. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird die Belastung erheblich zunehmen, weil sich der Kanton an sämtlichen ausserkantonalen Hospitalisationen beteiligen muss, sofern die ausserkantonalen Spitäler und Kliniken auf der Spitalliste des Standortkantons berücksichtigt werden (= Listenspital). Ausgehend von einer Auswertung der ausserkantonalen Hospitalisationen aufgrund der medizinischen Statistik 2008 des Bundesamtes für Statistik muss sich der Kanton St.Gallen ab 2012 zusätzlich an rund 7'000 ausserkantonalen Hospitalisationen beteiligen. Die Mehrheit dieser zusätzlich zu finanzierenden Hospitalisationen entfällt auf Spitäler und Kliniken benachbarter Kantone: u.a. Hirslanden Klinik am Rosenberg, Heiden / Kantonsspital Graubünden, Chur / Universitätsspital Zürich, Zürich / Spital Heiden, Heiden / Spital Männedorf, Männedorf / Spital Herisau, Herisau / Klinik Hirslanden, Zürich und Berit-Paracelsus-Klinik, Niederteufen. Da es sich im Unterschied zu den medizinisch notwendigen ausserkantonalen Hospitalisationen tendenziell um Fälle der Grund- und Schwerpunktversorgung handelt (aber nicht um Leistungen der hochspezialisierten Medizin mit hohem Schweregrad), wurden die Mehrkosten des Kantons St.Gallen – verglichen mit dem Voranschlag 2011 – auf rund 33 Mio. Franken geschätzt. Diese Schätzung basiert auf der Annahme, dass sich die Zahl der ausserkantonalen Hospitalisationen nur unwesentlich verändern wird, da heute bereits ein grosser Teil der Bevölkerung über ein Versicherungsprodukt verfügt, das ihnen die freie Spitalwahl vollumfänglich oder beschränkt für öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler ermöglicht.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die finanzielle Beteiligung des Kantons unter der Annahme eines Kostenteilers von 45 Prozent zulasten der Krankenversicherung und von 55 Prozent zulasten des Kantons.

Spital mit Standort im Kanton St.Gallen

Status	Anteil OKP	Anteil Kanton	Anteil Patient/Patientin oder Zusatzversicherung
Listenspital	45 Prozent des ausgehandelten Tarifs	55 Prozent des ausgehandelten Tarifs	–
Vertragsspital	45 Prozent des ausgehandelten Tarifs	Kanton kann Beiträge entrichten (Notfall)	55 Prozent des ausgehandelten Tarifs (Notfall: abzüglich Kantonsbeitrag)
Spital ohne KVG-Bezug	–	Kanton kann Beiträge entrichten (Notfall)	100 Prozent des verrechneten Tarifs (Notfall: abzüglich Kantonsbeitrag)

Spital mit ausserkantonalem Standort: medizinisch indizierter Spitalaufenthalt

Status	Anteil OKP	Anteil Kanton	Anteil Patient/Patientin oder Zusatzversicherung
Listenspital auf St.Galler oder ausserkantonaler Spitalliste	45 Prozent des ausgehandelten ausserkantonalen Tarifs	55 Prozent des ausgehandelten ausserkantonalen Tarifs	–
Vertragsspital	45 Prozent des ausgehandelten ausserkantonalen Tarifs	Kanton kann Beiträge entrichten (Notfall)	55 Prozent des ausgehandelten Tarifs (Notfall: abzüglich Kantonsbeitrag)
Spital ohne KVG-Bezug	–	Kanton kann Beiträge entrichten (Notfall)	100 Prozent des verrechneten Tarifs (Notfall: abzüglich Kantonsbeitrag)

Spital mit ausserkantonalem Standort: medizinisch nicht indizierter Spitalaufenthalt

Status	Anteil OKP	Anteil Kanton	Anteil Patient/Patientin oder Zusatzversicherung
Listenspital auf St.Galler Spitalliste	45 Prozent des ausgehandelten ausserkantonalen Tarifs	55 Prozent des ausgehandelten ausserkantonalen Tarifs	–
Listenspital auf ausserkantonaler Spitalliste	45 Prozent des st.gallischen Referenztarifs	55 Prozent des st.gallischen Referenztarifs	Differenz zum Tarif des Referenzspitals
Vertragsspital	45 Prozent des ausgehandelten ausserkantonalen Tarifs	–	55 Prozent des ausgehandelten ausserkantonalen Tarifs
Spital ohne KVG-Bezug	–	–	100 Prozent des verrechneten Tarifs

Für die st.gallischen Spitäler fallen bei der Behandlung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten aufgrund der neuen Spitalfinanzierung keine Mehrerträge an, da für ausserkantonale Patientinnen und Patienten schon bisher kostendeckende Tarife (einschliesslich Beitrag für Investitionskosten) in Rechnung gestellt wurden. Diese Tarife wurden bisher massgeblich von den Zusatzversicherern finanziert, welche mit der neuen Spitalfinanzierung entlastet werden. Im Gegenzug muss sich der Kanton neu stärker an den Kosten von ausserkantonalen Hospitalisationen beteiligen. Es findet somit nur eine Finanzierungsverschiebung zwischen Kanton und Zusatzversicherern statt. Neu fliessen mit jeder ausserkantonalen Hospitalisation Betriebs- und Investitionskostenanteile in andere Kantone ab.

4.5 Übersicht über die finanziellen Auswirkungen

Die neue Spitalfinanzierung hat für den Kanton St.Gallen – ausgehend von einem Kostenanteil für stationäre Behandlungen von 55 Prozent – gemäss den heute bekannten Schätzwerten, Mehrkosten von rund 60,5 Mio. Franken zur Folge.

Bereich	VA 2011	VA 2012	Differenz
Öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler	405 Mio.	409 Mio.	+ 4 Mio.
Innerkantonale Privatspitäler	–	23,5 Mio.	+ 23,5 Mio.
Ausserkantonale Hospitalisationen	19 Mio.	52 Mio.	+ 33 Mio.
Total	424 Mio.	484,5 Mio.	+ 60,5 Mio.

Von den gesamten Kosten für die stationäre Versorgung von st.gallischen Patientinnen und Patienten fließt somit mehr als jeder zehnte Franken in ausserkantonale Spitäler.

4.6 Vergütungsanteil des Kantons an stationäre Spitalbehandlungen

Die finanziellen Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung basieren auf der Annahme, dass die OKP 45 Prozent und der Kanton 55 Prozent an die Kosten der stationären Spitalversorgung vergütet. Gemäss Übergangsbestimmung des KVG zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) können Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen.

Die durchschnittliche Krankenkassenprämie für Erwachsene beträgt im Kanton St.Gallen für das Jahr 2011 Fr. 331.39. Sie liegt damit um Fr. 42.43 bzw. um rund 11.4 Prozent unter dem schweizerischen Durchschnitt (Fr. 373.82). Der Kanton St.Gallen kann somit seinen Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils nach erstmaliger Festsetzung darf höchstens 2 Prozentpunkte betragen. Ab dem 1. Januar 2017 muss sich der Vergütungsanteil des Kantons auf mindestens 55 Prozent belaufen. Der Vergütungsanteil ist nach Art. 49a Abs. 2 KVG spätestens neun Monate vor Beginn des jeweiligen Kalenderjahres festzulegen.

Wird der Vergütungsanteil um 1 Prozent gesenkt, reduziert sich die Belastung des Kantons um rund 7,9 Mio. Franken. Im Gegenzug erhöht sich die Krankenkassenprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung um rund 0,5 Prozent. Die Regierung hat im Rahmen der Botschaft zum Aufgaben- und Finanzplan 2012-2014 und den Massnahmen zur Bereinigung des strukturellen Defizits des Staatshaushaltes vorgeschlagen, den Kostenanteil des Kantons für das Jahr 2012 auf 53 Prozent festzulegen. Der Vorschlag sah weiter vor, einen Viertel der Einsparungen, die durch eine tiefere Festlegung des Kostenanteils resultieren (verglichen mit einem Kostenanteil von 55 Prozent) für die individuelle Prämienvorbereitung (IPV) einzusetzen, um die Auswirkungen auf die Krankenkassenprämie für IPV-Beziehende abzufedern. Der Kantonsrat sprach sich in der Februarsession 2011 – entgegen dem Antrag der Regierung – für einen Kantonsanteil von 50 Prozent für das Jahr 2012 aus. Am Grundsatz, einen Viertel der Einsparungen aus der Festlegung des Kostenanteils für die IPV einzusetzen, hielt der Kantonsrat fest.

Da die gesetzlichen Grundlagen im Kanton zur Festlegung des kantonalen Vergütungsanteils erst Ende 2011 im ordentlichen Verfahren hätten erlassen werden können, musste die Regierung gemäss den bundesrechtlichen Vorgaben den vom Kantonsrat festgelegten Vergütungsanteil für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2012 durch Erlass einer Dringlichkeitsverordnung über den Kantonsanteil an den Abgeltungen der stationären Spitalleistungen (ABI 2011, 1025) nach Art. 75 der Kantonsverfassung festsetzen.

Eine Dringlichkeitsverordnung nach Art. 75 KV hat die Stellung eines formellen Gesetzes; sie tritt an dessen Stelle, indem ihr Gesetzesrang zukommt. Die Regierung nimmt dabei Gesetzgebungskompetenzen von Kantonsrat und Stimmberechtigten wahr (vgl. Botschaft und Entwurf der Verfassungskommission vom 17. Dezember 1999 zur neuen Verfassung des Kantons St.Gallen, ABI 2000, 165ff, 350). Die Dringlichkeitsverordnung ist anwendbar, bis das ordentliche Gesetzgebungsverfahren abgeschlossen ist, längstens jedoch während zweier Jahre.

Gestützt auf den Kantonsratsbeschluss vom 15./16. Februar 2011 über Massnahmen zur Bereinigung des strukturellen Defizits des Staatshaushaltes (ABI 2011, 630; abgekürzt KRB-BsD) wird die Regierung dem Kantonsrat eine Sammelvorlage mit Massnahmen unterbreiten, die bereits ab

dem Jahr 2012 Wirksamkeit entfalten und deren Umsetzung auf der Stufe des formellen Gesetzes bedürfen. Dazu gehört auch das Gesetz über den Kantonsanteil an den Abgeltungen der stationären Spitalleistungen, welches den Kantonsanteil für die Jahre 2013 bis 2016 regelt.

5 Vernehmlassung

Die Vernehmlassung dauerte vom 6. April 2011 bis 12. Mai 2011 (d.h. rund fünf Wochen). Die Teilnehmer haben sich eingehend mit der Vorlage auseinandergesetzt.

Es gingen 14 Stellungnahmen von Spitälern und Kliniken bzw. deren Aufsichtsgremien (KSSG, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Linth, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Verwaltungsrat der Spitalverbunde, Ostschweizer Kinderspital, Ortsbürgergemeinde St.Gallen, Kantonale Psychiatrische Dienste Sektor Nord, Psychiatrie-Dienste Süd, Hirslanden Klinik Stephanshorn, Rosenklinik am See, Geburtshaus Artemis, Reha-Klinik Walenstadtberg und Klinik Valens), 4 Stellungnahmen von Verbänden (Ärztegesellschaft des Kantons St.Gallen, vpod ostschweiz, SBK Sektion St.Gallen-Thurgau und tarifsuisse ag), 4 Stellungnahmen von Politischen Parteien (CVP, FDP, SP und SVP) sowie 4 interne Stellungnahmen (Finanzdepartement, Baudepartement, Departement des Innern und Fachstelle für Datenschutz) ein.

Die Stossrichtung der Vorlage wird von der überwiegenden Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden begrüsst. Die Vorlage sei übersichtlich, klar formuliert und gut strukturiert. Es wurde zur Kenntnis genommen, dass das Gesetz verschiedene Kann-Formulierungen enthält, die im Rahmen der Umsetzung konkretisiert werden müssen, und dass die finanziellen Gestaltungsmöglichkeiten des Kantons im Bereich der Spitalfinanzierung erheblich kleiner werden. In zahlreichen Stellungnahmen wird die Notwendigkeit der Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern betont. Die privaten Spitäler orten in verschiedenen Artikeln mögliche Benachteiligungen gegenüber öffentlichen Spitälern (v.a. betreffend Einhaltung von Auflagen für die Aufnahme auf die Spitalliste und bei der Gewährung von zusätzlichen Beiträgen zur Sicherstellung der Versorgung), während die öffentlichen Spitäler Benachteiligungen gegenüber Privatspitälern befürchten (v.a. fehlende Entschädigungen für Vorhalteleistungen, ungleich lange Spiesse betreffend Immobilien, Dienstrecht usw.).

Allgemeine Bestimmungen

Die Ärztesgesellschaft hat angeregt, die volkswirtschaftliche Betrachtungsweise stärker zu betonen und den Leistungen der frei praktizierenden Ärzteschaft den Vorzug zu geben gegenüber den Leistungen der Spitalambulatorien. Dieser Forderung kann nicht entsprochen werden, weil sich die Spitalplanung auf stationäre Leistungen beschränkt und mit dem neuen Gesetz Spitälern mit Zusatzerträgen von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten grundsätzlich keine Subventionen mehr an ambulante Leistungen ausgerichtet werden. Dies ändert aber nichts am Grundsatz, dass Patientinnen und Patienten, die von ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt behandelt werden können, nicht in den Spitalambulatorien behandelt werden sollen.

Zuständigkeiten

Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende beantragen, die Kompetenz der Regierung, ein Globalbudget festsetzen zu können, zu streichen. Dies ist nicht möglich, weil der Kanton nach Art. 51 KVG als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler festsetzen kann. Im vorliegenden Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung wird lediglich geregelt, wer im Kanton für die Festsetzung eines Globalbudgets für Spitäler zuständig ist, falls davon Gebrauch gemacht würde. Derzeit ist jedoch nicht vorgesehen, ein Globalbudget festzusetzen, da vorgängig verschiedene Modalitäten geklärt werden müssten.

Spitalplanung und Spitalliste

Kritisch beleuchtet werden die Einhaltung verschiedener Bedingungen und Auflagen als Voraussetzung zur Aufnahme auf die Spitalliste (insbesondere Mindestanteil an ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten) und die Unterstellung der Privatspitäler unter das öffentliche Beschaffungswesen im Rahmen der ihnen erteilten Leistungsaufträge.

Die Forderung nach einem Mindestanteil an ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten (Art. 12 Bst. g) wird v.a. von der Hirslanden Klinik Stephanshorn und der SVP abgelehnt, weil dies zu einer Einschränkung der Spitalwahl für Zusatzversicherte führe bzw. eine Wettbewerbsbehinderung darstelle. An dieser Bestimmung sollte festgehalten werden, weil sie der einfachen Kontrolle der Einhaltung der Aufnahmepflicht diene. Die Gefahr besteht nämlich nicht in einer Einschränkung der Spitalwahl für Zusatzversicherte, sondern in der Abweisung von allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten trotz verfügbarer Bettenkapazitäten, um diese für lukrative zusatzversicherte Patientinnen und Patienten freizuhalten. Bis anhin waren die Privatspitäler nicht verpflichtet, allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten aufzunehmen.

Die Privatspitäler lehnen eine Unterstellung unter das Beschaffungswesen (Art. 13) ab, da es ihres Erachtens weder dem Bundesgesetz über das öffentliche Beschaffungswesen noch der interkantonalen Vereinbarung über das öffentliche Beschaffungswesen entspreche, während die öffentlichen Spitäler diese Bestimmung v.a. mit Blick auf das Gleichbehandlungsgebot für zentral halten. Die öffentlichen Spitäler fordern, dass die Einhaltung dieser Bestimmungen bei den Privatspitälern auch kontrolliert werde. Abgelehnt wird diese Bestimmung auch von der SVP. Die FDP steht dieser Bestimmung kritisch gegenüber, weil damit die Baukosten erhöht und die Verfahren verlängert werden. Das Baudepartement ist der Überzeugung, dass die Privatspitäler bereits aufgrund von Art. 2 Abs. 2 des Einführungsgesetzes zur Gesetzgebung über das öffentliche Beschaffungswesen (sGS 841.1; abgekürzt EGöB) die Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens anwenden müssen. Ein entsprechender Artikel im Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung wäre deshalb nicht unbedingt notwendig, diene aber der Transparenz und der Klarstellung.

Finanzierung

Die Bestimmungen über zusätzliche Beiträge zur Sicherstellung der Versorgung wurden von mehreren Seiten kritisch beleuchtet. Das Kinderspital und die Psychiatrischen Dienste begrüssen diese Bestimmungen ausdrücklich, weil ohne zusätzliche Beiträge die bisherigen Leistungen nicht mehr erbracht werden könnten und damit die Versorgung nicht mehr sichergestellt wäre. Der Grund hierfür liegt nicht in zu hohen Kosten, sondern in nicht kostendeckenden Tarifen und fehlenden Zusatzerträgen von Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten, mit denen fehlende Einnahmen als Folge nicht kostendeckender Tarife kompensiert werden könnten. Das Ostschweizer Kinderspital und die Ortsbürgergemeinde begrüssen auch die Ausführungen zum Investitionsnachholbedarf ihrer Betriebe und der anteilmässigen Mitfinanzierung durch den Kanton. FDP und die SVP lehnen die Bestimmungen zur Sicherstellung der Versorgung ab, da es sich um ein isoliertes Problem des Ostschweizer Kinderspitals handle. Die Hirslanden Klinik Stephanshorn lehnt – abgesehen von einer Sonderfinanzierung des Ostschweizer Kinderspitals – zusätzliche Beiträge an ineffiziente Spitäler kategorisch ab. An diesen Bestimmungen ist nach Ansicht des Gesundheitsdepartementes zwingend festzuhalten. Erstens sind – abgesehen von zusätzlichen Beiträgen an das Ostschweizer Kinderspital – auch die Psychiatrischen Dienste auf die ihnen bisher gewährten Beiträge an die psychiatrischen Ambulatorien und Tageskliniken angewiesen. Zweitens besteht nicht die Absicht, ineffiziente Spitäler mit zusätzlichen Beiträgen zu unterstützen. Es kann aber durchaus eine Situation eintreten, wo einem Spital, das für die Sicherstellung der Versorgung notwendig ist, die Schliessung droht. Für diese Fälle muss eine entsprechende gesetzliche Grundlage vorhanden sein. Mit der Festlegung der Beiträge durch die Regierung und der Genehmigung dieser Beiträge durch den Kantonsrat kann verhindert werden, dass ineffiziente Spitäler, die nicht zur Versorgung notwendig sind, zusätzliche Beiträge erhalten.

Für verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende ist zudem nicht klar, weshalb im Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung auch Aussagen zu ambulanten Leistungen gemacht werden. Es trifft zu, dass sich die Spitalplanung auf stationäre Leistungen beschränkt bzw. beschränken muss, nicht jedoch die Spitalfinanzierung. Die Aussagen betreffend ambulante Leistungen beziehen sich ausschliesslich auf die Finanzierung, weshalb sich hier keine Anpassungen aufdrängen.

Schlussbestimmungen

Von mehreren Vernehmlassungsteilnehmenden wird die Festlegung des kantonalen Vergütungsanteils für stationäre Spitalbehandlungen bei 50 Prozent kritisiert, obwohl der Vergütungsanteil im Grunde genommen nicht Gegenstand der Vorlage ist. Dieser wurde bereits im März 2011 im Rahmen einer Dringlichkeitsverordnung nach Art. 75 der Kantonsverfassung von der Regierung – gestützt auf einen Entscheid des Kantonsrates – festgelegt.

Verschiedene andere Anpassungsvorschläge betreffen nicht zentrale Aspekte der Vorlage.

6 Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

6.1 Allgemeine Bestimmungen (Art. 1 und 2)

Stationäre Gesundheitsversorgung (Art. 1)

Dieser Artikel nimmt Bezug auf die in der Kantonsverfassung festgehaltene Verpflichtung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und zeitgemässen stationären Gesundheitsversorgung durch den Kanton. Er legt im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten auch entsprechende Fördermassnahmen des Kantons fest (Aus-, Fort- und Weiterbildung des Spitalpersonals, medizinische Netzwerke²², die Zusammenarbeit von Spitälern sowie Projekte der anwendungsorientierten Forschung).

Begriffe (Art. 2)

Häufig verwendete Begriffe werden zur besseren Lesbarkeit des Gesetzes in Art. 2 definiert. Der Begriff «Spital» umfasst dabei nach Art. 39 KVG alle Einrichtungen der somatischen Akutversorgung, Psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken. Da nach Art. 39 Abs. 3 KVG die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Spitalliste sinngemäss auch für Geburtshäuser gelten, fallen diese im Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung ebenfalls unter die Definition «Spital». Die Begriffe medizinische Leistungseinheiten und Leistungsgruppen werden aufgrund ihrer Bedeutung für Spitalplanung und Spitalliste definiert. Die Definition von Zusatzleistungen steht in Zusammenhang mit der Überprüfung der Aufnahmepflicht von Spitälern.

6.2 Zuständigkeiten (Art. 3 bis 5)

Die Artikel 3 bis 5 regeln die Aufteilung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von Kantonsrat, Regierung und Gesundheitsdepartement im Rahmen der stationären Gesundheitsversorgung.

Kantonsrat (Art. 3)

Der Kantonsrat übt die Oberaufsicht über die Gesundheitsversorgung durch Spitälern aus. Er beschliesst im Rahmen des Voranschlages oder durch besondere Beschlüsse die Kantonsbeiträge an gemeinwirtschaftliche Leistungen und an die stationäre Versorgung. Der Kantonsrat kann auf Antrag der Regierung zusätzliche Beiträge beschliessen, wenn kostendeckende Vergütungssysteme fehlen oder dies zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung notwendig ist.

²² Ein medizinisches Netzwerk ist ein Zusammenschluss von Leistungserbringern mit dem Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung.

Regierung (Art. 4)

Die Regierung übt die Aufsicht über die Gesundheitsversorgung durch Spitäler aus. In diesem Zusammenhang erlässt sie gestützt auf die Spitalplanung eine Spitalliste, die nach Art. 58e KVV alle inner- und ausserkantonalen Spitäler umfasst, die für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung notwendig sind. Diesen Spitälern wird ein Leistungsauftrag erteilt. Für die Erteilung der Leistungsaufträge, für die Festlegung der damit verbundenen Auflagen und Bedingungen sowie für die Regelung der Finanzierungsmodalitäten ist ebenfalls die Regierung zuständig. Damit übernimmt die Regierung alle Aufgaben im Rahmen der Spitalplanung und der Zuweisung der Leistungsspektren an die Leistungserbringer sowohl in einer groben Übersicht durch die Spitalliste als auch in detaillierter Form durch die Leistungsaufträge. Diese werden einen Detaillierungsgrad aufweisen, der mit dem der bisherigen Leistungsaufträge an die Spitalverbunde vergleichbar ist. Die aus den Leistungsaufträgen resultierende finanzielle Belastung des Kantons ist (getrennt nach KVG-Pflichtleistungen, gemeinwirtschaftlichen Leistungen und zusätzlichen Kantonsbeiträgen) dem Kantonsrat übersichtlich darzulegen und durch diesen zu beschliessen.

Neben den in Art. 49 Abs. 3 KVG definierten gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Forschung²³, universitäre Lehre²⁴ und Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen) kann die Regierung im Leistungsauftrag weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen und deren Entschädigung festlegen. Es kommen nur Leistungen in Frage, bei denen eine kostendeckende Vergütung nicht möglich ist, ein öffentliches Interesse und ein ausgewiesener Bedarf bestehen. Mögliche weitere gemeinwirtschaftlichen Leistungen eines Spitals sind Vorbereitung und Prävention im Falle von ausserordentlichen Lagen im Gesundheitsbereich, Betrieb geschützter Operationsstellen, Massnahmen zur Verhinderung eines Personalmangels, Dolmetschereinsätze oder die Bereitstellung von Arbeitsplätzen zur Eingliederung von behinderten Menschen. Die Kosten gemeinwirtschaftlicher Leistungen werden weder durch die leistungsbezogenen Pauschalen abgegolten, noch anteilmässig von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet. Sofern diese Kosten nicht anderweitig getragen werden (z.B. durch Forschungsfonds, Legate, Spenden oder Beiträge Dritter), können kantonale Beiträge durch die Regierung festgelegt und durch den Kantonsrat im Rahmen des Voranschlages beschlossen werden.

Tarifpartner sind nach Art. 46 KVG die Versicherer und die Spitäler. Die Regierung genehmigt die vereinbarten Tarife oder setzt Tarife fest, falls sich die Tarifpartner nicht einigen können.

Die Kompetenz zur Festlegung eines Globalbudgets nach Art. 51 KVG wird mit Art. 4 der Regierung zugewiesen, da Art. 51 KVG nicht definiert, wer im Kanton dafür zuständig ist. Das Globalbudget nach Art. 51 KVG ist als staatlich festgelegte Kostenobergrenze zu verstehen, wobei der Kostenteiler zwischen Kanton und Krankenversicherer unverändert bleibt. Das KVG enthält allerdings keine näheren Bestimmungen über das Globalbudget. Es ist derzeit aber weder im Bereich der Spitäler noch der Pflegeheime vorgesehen, das im KVG vorgesehene Finanzierungsinstrument eines Globalbudgets anzuwenden. Falls davon Gebrauch gemacht würde, müssten vorgängig entsprechende Modalitäten festgelegt werden (wie beispielsweise zu verfahren ist, wenn bereits im November eines Kalenderjahres das Globalbudget aufgebraucht ist). Bei der

²³ Zu den Forschungskosten gehören gemäss Art. 7 Abs. 2 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104; abgekürzt VKL) die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten.

²⁴ Aufwendungen für die universitäre Lehre umfassen gemäss Art. 7 Abs. 1 VKL die Kosten der theoretischen und praktischen Ausbildung von Studierenden eines Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms sowie die Weiterbildung bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Nicht zu den Aufwendungen für universitäre Lehre gehören hingegen die Löhne der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. Diese sind Bestandteil der Betriebskosten des Spitals und werden demzufolge durch die Pauschalen abgegolten.

Festlegung eines Globalbudgets muss der Kanton die Leistungserbringer und die Versicherer vorher anzuhören. Die Abgeltung mittels Globalbudget dient der Verhinderung einer Kostenausweitung, ohne dabei die unternehmerische Freiheit der Spitäler erheblich einzuschränken.

Zuständiges Departement (Art. 5)

Als zuständiges Departement erfüllt das Gesundheitsdepartement alle Aufgaben der Spitalplanung und Spitalfinanzierung, die nicht ausdrücklich einem anderen Organ zugewiesen werden. Es evaluiert die Leistungsanbieter und erstellt die Spitalplanung sowie die Spitalliste zuhanden der Regierung. Dabei wird festgelegt, welche Leistungen für den Kanton bedeutsam sind und welche Leistungsaufträge durch die Regierung erteilt werden sollen. Das Gesundheitsdepartement verhandelt mit den Leistungserbringern und bereitet die Leistungsaufträge an Spitäler vor. Darunter fallen auch Leistungsaufträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen.

Die von Spitälern erbrachten Leistungen werden regelmässig vom Gesundheitsdepartement überprüft. Sie müssen den Grundsätzen von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit genügen. Das Gesundheitsdepartement prüft ebenfalls, ob die Voraussetzungen, Auflagen und Bedingungen für die Vergabe der Leistungsaufträge eingehalten werden, d.h. ob die Spitäler über eine ausreichende Zahl qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit angemessenen Arbeitsbedingungen verfügen, die Leistungsaufträge erfüllen und die Aufnahmepflicht nach Art. 41a KVG einhalten.

Den Versicherten im Kanton St.Gallen steht es ab 2012 frei, unter allen Spitälern auf den Spitallisten sämtlicher Kantone zu wählen. Kanton und Versicherer müssen nach Art. 41 Abs. 1bis KVG jedoch nur die Kosten nach dem Tarif übernehmen, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Dieser Referenztarif wird durch das Gesundheitsdepartement festgelegt.

Findet eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen in einem ausserkantonalen Listenspital statt, so übernehmen die Versicherer und der Wohnkanton nach Art. 41 Abs. 3 KVG die Kosten zum Tarif des Standortkantons. Das Gesundheitsdepartement überprüft dabei, inwiefern die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme erfüllt sind.

Notfallmässige Behandlungen sollen in erster Linie in kantonalen oder ausserkantonalen Listenspitälern stattfinden. Ist dies nicht möglich und erfolgt eine notfallmässige Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Vertragsspital oder in einem Spital, das nicht zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist, kann das Gesundheitsdepartement nach Prüfung des Einzelfalls einen Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts ausrichten.

Die Überprüfung der Voraussetzungen für eine Kostenübernahme bei einem Aufenthalt in einem ausserkantonalen Spital, die Bewilligung einer stationären Behandlung in einem ausserkantonalen Listenspital, wenn kein Notfall vorliegt, sowie die Festlegung des Umfangs der Kostenübernahme durch den Kanton erfolgen wie bis anhin durch den kantonsärztlichen Dienst (Gesundheitsdepartement).²⁵ Zum Aufgabenkreis des Gesundheitsdepartementes gehört auch die Kompetenz zur Festlegung des Referenztarifs, da diese in Zusammenhang mit der Kostenübernahme in ausserkantonalen Spitälern steht. Es ist noch offen, ob sich der Referenztarif am Spital mit dem niedrigsten Tarif orientiert oder ob für den Referenztarif sämtliche in Frage kommenden Spitäler mit ihrem jeweiligen Tarif anteilmässig berücksichtigt werden müssen.

²⁵ Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 der Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonalem Spitalaufenthalt, sGS 331.539.

6.3 Spitalplanung und Spitalliste (Art. 6 bis 20)

Spitalplanung (Art. 6 und 7)

Ziel der Spitalplanung ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und zeitgemässen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen stationären Spitalversorgung für die Bevölkerung des Kantons St.Gallen. Die Spitalplanung soll den Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit genügen, die langfristige Versorgungssicherheit gewährleisten und allen Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen innert nützlicher Frist Zugang zu den stationären Versorgungsstrukturen ermöglichen.

Die Spitalplanung wird von der Regierung erlassen. Sie umfasst insbesondere die Bereiche Untersuchung, Behandlung und Pflege von Kranken einschliesslich medizinische Prävention, Rehabilitation sowie Palliation. Sie wird periodisch durch die Regierung auf Angemessenheit und Aktualität überprüft und bei Bedarf nach Anhörung der Betroffenen angepasst. Es wurde bewusst darauf verzichtet, konkrete Planungsintervalle festzulegen, da sich die Planungsparameter auf der Basis mehrerer, nicht voraussehbarer Faktoren²⁶ in unterschiedlichen Zeitabständen verändern.

Für die Spitalplanung werden eine Ist- und eine Sollanalyse der stationären Versorgung der Bevölkerung des Kantons St.Gallen vorgenommen. Für die hochspezialisierte Medizin, wie z.B. Herztransplantationen, ist nach Art. 39 Abs. 2bis KVG eine gemeinsame Planung der Kantone vorgesehen. Spitäler werden auf der Basis ihres Angebots evaluiert. Leistungsaufträge werden jenen Leistungserbringern erteilt, welche für die Versorgung notwendig sind, die Planungsziele²⁷ am besten erfüllen und den Voraussetzungen, Auflagen und Bedingungen genügen. Dadurch kann eine optimale Umsetzung der Planungsziele erreicht werden. Für das Evaluationsverfahren der stationären Leistungserbringer ist das Gesundheitsdepartement zuständig. Die für die Evaluation erforderlichen Daten sind durch die Leistungserbringer kostenlos und zeitgerecht vorzulegen.

Die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung für die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons St.Gallen bedingt ein breites und qualitativ hochstehendes Grundversorgungsangebot mit einer zeitgerechten Notfallversorgung. Seltene und komplexe Leistungen, die eine aufwändige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern, sollen auf jene Leistungserbringer konzentriert werden, die über die erforderlichen Voraussetzungen verfügen. Die Regierung kann in diesem Zusammenhang Mindestfallzahlen festlegen.

Spitalliste (Art. 8 und 9)

Gestützt auf die Spitalplanung erlässt die Regierung eine nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gegliederte Spitalliste. Als Leistungsbereiche werden unterschieden: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Die Spitalliste enthält alle inner- und ausserkantonalen Spitäler, die für die Versorgung der St.Galler Bevölkerung notwendig sind und einen Leistungsauftrag der Regierung erhalten. Für jeden Leistungserbringer wird auf der Spitalliste das Leistungsspektrum festgehalten. Spitäler können auch nur für Teile ihres Angebotes auf die Spitalliste aufgenommen werden (z.B. für bestimmte spezialisierte oder hochspezialisierte medizinische Leistungen). Die Erteilung eines Leistungsauftrages kann von der Einhaltung von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden. Diese Auflagen und Bedingungen werden ebenfalls in der Spitalliste festgehalten. Alles Übrige wird in den Leistungsaufträgen geregelt.

²⁶ z.B. Bevölkerungsentwicklung, interkantonale und internationale Patientenströme, medizinisch-technische Entwicklung, Epidemiologie, Entwicklung von Aufenthaltsdauer, Hospitalisationsraten, Substitution von stationären durch ambulante Leistungen, etc.

²⁷ Sicherstellung einer bedarfsgerechten und zeitgemässen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung für die Bevölkerung des Kantons St.Gallen unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, Zugänglichkeit von Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist, sowie der langfristigen Versorgungssicherheit.

Die Spitalliste wird im Amtsblatt publiziert, periodisch überprüft und bei Bedarf nach Anhörung der Betroffenen angepasst. Durch die Aufnahme auf die Spitalliste ist ein Spital berechtigt, Leistungen zulasten Kanton und Krankenversicherer nach Art. 49a KVG zu erbringen.

Leistungsauftrag (Art. 10 bis 12)

Art. 10 zählt zentrale Elemente des Leistungsauftrages auf, die vertraglich zu regeln sind. Darunter fallen Zweck und Dauer des Auftrages, die Leistungen der Vertragsparteien und deren Verantwortlichkeiten, die Zahlungsmodalitäten, die mit dem Leistungsauftrag verbundenen Bedingungen und Auflagen sowie die Folgen einer Schlecht- oder Nichterfüllung. Zu den Zahlungsmodalitäten zählen u.a. mögliche Akontozahlungen, Zahlungsfristen, Einzel- oder Sammelrechnungen oder die Frage, ob der Kanton seinen Anteil dem Spital oder dem Versicherer (welcher dem Spital beide Anteile überweist) leistet. Im Leistungsauftrag sind auch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und ihre Entschädigung zu regeln. Die Bereiche Pflichtleistungen inkl. der damit verbundenen Auflagen, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die zusätzlichen Beiträge nach Art. 23 und 24 werden getrennt geführt. Es sind sowohl Leistungsaufträge möglich, die nur Pflichtleistungen regeln, als auch solche, die nur gemeinwirtschaftlichen Leistungen umfassen.

Leistungsaufträge sind zeitlich befristet. Ihre Dauer soll so festgelegt werden, dass den Spitälern eine gewisse Planungssicherheit gewährleistet und eine wiederkehrende Überprüfung der Einhaltung der Voraussetzungen für ein Listenspital durch das Gesundheitsdepartement sichergestellt wird. Auf der Basis dieser Überlegungen werden Leistungsaufträge in der Regel auf 3 bis 5 Jahre befristet werden. Im Einzelfall sollen kürzere oder längere Fristen möglich sein. Kürzere Fristen sind beispielsweise für Anbieter denkbar, die zum Einführungszeitpunkt noch nicht alle Auflagen erfüllen, diese aber in absehbarer Zeit erfüllen werden.

Aufgrund der grossen Anzahl unterschiedlicher Untersuchungs- und Behandlungsleistungen kann es für die Erteilung der Leistungsaufträge sinnvoll sein, medizinische Leistungen zu medizinischen Leistungsgruppen zusammenzufassen. Ein Leistungsauftrag kann auf der Basis von medizinischen Leistungseinheiten und Leistungsgruppen erteilt werden.

Leistungsaufträge werden nur Spitälern erteilt, welche die Ziele nach Art. 6 dieses Erlasses bestmöglich erfüllen, über eine ausreichende Anzahl qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen und die Aufnahmepflicht von Patientinnen und Patienten gewährleisten. In Belegarzspitälern muss insbesondere in den nichtärztlichen Bereichen genügend qualifiziertes Personal vorhanden sein.

Spitäler sind im Rahmen ihres Leistungsauftrags und ihrer Kapazitäten verpflichtet, Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton und – soweit eine Vereinbarung mit einem anderen Kanton dies vorsieht oder ein Notfall vorliegt – ausserkantonale Patientinnen und Patienten aufzunehmen. Die Aufnahmekapazitäten eines Leistungserbringers sind insgesamt und nicht als Kapazitäten je Kategorie (allgemein, halbprivat und privat) zu verstehen. Ein allgemeinversicherter Patient ist auch dann aufzunehmen, wenn nur in der Halbprivat- oder Privatabteilung Kapazitäten verfügbar sind. Die Einhaltung der Aufnahmepflicht wird durch das Gesundheitsdepartement überprüft. Zur Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht kann die Regierung einen Mindestanteil an Patientinnen und Patienten aus dem Kanton festlegen, für deren stationäre Behandlung keine Leistungen in Rechnung gestellt werden, die über die Mindestleistungen gemäss Sozialversicherungsgesetzgebung hinausgehen. Wird beispielsweise ein Mindestanteil von 50 Prozent von ausschliesslich allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten festgelegt, wird der Leistungsauftrag nur jenen Leistungserbringern erteilt, bei denen der Anteil allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten 50 Prozent nicht unterschreitet. Dies trägt zur Sicherstellung der Aufnahmepflicht bei, indem verhindert wird, dass allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten trotz verfügbarer Kapazitäten abgewiesen und die Kapazitäten aus finanziellen Gründen für Zusatzversicherte Patienten freigehalten werden. Der Anteil von Halbprivat- und Privatpatientinnen dürfte heute im Kanton St.Gallen bei rund 20 Prozent liegen. Sind Hinweise oder Meldun-

gen über die Nichteinhaltung der Aufnahmepflicht bekannt, kann der Kanton Sanktionen bis zum Entzug des Leistungsauftrages vorsehen.

Neben diesen zwingenden Voraussetzungen kann die Regierung Leistungsaufträge mit Auflagen und Bedingungen verbinden (Art. 12). Dabei ist auf die besondere Ausgangslage von Geburtshäusern Rücksicht zu nehmen. Die Regierung kann Vorgaben über die Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen machen. Sie kann weiter verlangen, dass medizinische Leistungen zu Leistungsgruppen zusammengefasst und nur gesamthaft als Leistungsauftrag vergeben werden. Durch die Bildung von Leistungsgruppen kann vermieden werden, dass sich Spitäler auf lukrative Eingriffe und Untersuchungen beschränken und andere Behandlungen nicht mehr durchführen.

Spitäler können im Rahmen des Leistungsauftrages verpflichtet werden, Leistungen in Kooperation mit anderen Spitälern im Kanton oder ausserhalb des Kantons zu erbringen sowie kantonale Vorgaben zu Reporting und Controlling einzuhalten.

Von den Leistungserbringern kann auch die Aufnahme von Notfällen verlangt werden. Die Notfallaufnahme stellt keine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG dar und wird grundsätzlich durch die leistungsbezogenen Pauschalen abgegolten.

Die Regierung hat die Möglichkeit, für bestimmte medizinische Leistungen Mindestfallzahlen (allenfalls je behandelnder Arzt) festzulegen. Mindestfallzahlen dienen der Qualitätssicherung (die Erfahrung eines Leistungserbringers nimmt in der Regel mit höherer Fallzahl zu) und der Wirtschaftlichkeit (Konzentration des Angebotes und Senkung der Kosten durch grössere Fallzahlen). Die Gefahr von allfälligen Fehlanreizen wie beispielsweise die Durchführung von medizinisch nicht notwendigen Behandlungen, um die vorgegebene Fallzahl zu erreichen, wird aufgrund heutiger Qualitätssicherungssysteme als äusserst gering eingestuft.

Darüber hinaus kann die Regierung von Spitälern die Bereitstellung einer angemessenen Anzahl Aus- und Weiterbildungsplätze für Fachleute in den Berufen des Gesundheitswesens fordern. Art und Anzahl der Aus- und Weiterbildungsplätze hängen von der Betriebsgrösse und vom kantonalen Bedarf ab. Im Gegensatz zu den Leistungen der universitären Aus- und Weiterbildung stellt die Aus- und Weiterbildung von nichtuniversitären Berufen des Gesundheitswesens grundsätzlich keine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG dar.

Im Leistungsauftrag wird zwischen den Pflichtleistungen gemäss KVG und den zusätzlichen Leistungen unterschieden. Dementsprechend werden jene finanziellen Aufwendungen des Kantons separat ausgewiesen, welche die zusätzlichen Kantonsbeiträge zur Sicherstellung der Versorgung und die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen betreffen.

Öffentliches Beschaffungswesen (Art. 13)

Nach Art. 2 EG-B unterliegen Listenspitäler, die die Form einer selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt haben (Spitalverbunde und Psychiatrieverbunde), den Regeln des öffentlichen Beschaffungsrechtes. Die Bestimmungen über das öffentliche Beschaffungswesen sind auch dann anzuwenden, wenn der Staat erhebliche Beiträge ausrichtet und die Anwendung in der Beitragszusicherung verfügt wird oder wenn er Beiträge ausrichtet, die zusammen mehr als die Hälfte der anrechenbaren Kosten betragen. Privatrechtlich organisierte Listenspitäler erfüllen im Rahmen des zugewiesenen Leistungsauftrages eine öffentliche Aufgabe, die zu mindestens 55 Prozent durch den Kanton finanziert wird, zuzüglich einer 100-prozentigen Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Demzufolge richtet der Kanton für Leistungen im Rahmen des Leistungsauftrages mehr als die Hälfte der anrechenbaren Kosten aus. Mit Art. 13 des vorliegenden Gesetzes wird aus Gründen der Klarheit und Transparenz dargelegt, dass auch private Listenspitäler im Anwendungsbereich der Leistungsaufträge der Gesetzgebung über das öffentliche Beschaf-

fungswesen unterliegen. Nur Anschaffungen, die ausschliesslich der Erbringung von Zusatzleistungen oder sonstigen Leistungen dienen, sind vom Geltungsbereich des öffentlichen Beschaffungswesens ausgenommen. Spitäler mit einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform unterliegen nicht nur im Bereich der Leistungsaufträge, sondern in ihrem gesamten Tätigkeitsbereich der Gesetzgebung über das öffentliche Beschaffungswesen.

Auslagerung von Leistungen (Art. 14)

Die teilweise oder vollumfängliche Auslagerung von medizinischen Leistungen an Dritte ausserhalb des Spitals ist nicht zulässig. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Auslagerung von Supportleistungen, sofern dadurch die Versorgungssicherheit nicht gefährdet wird. Ein Spital kann beispielsweise Radiologie-, Labor- oder Pharmazieleistungen von Dritten beziehen, sofern diese den Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit genügen. Das auslagernde Spital trägt dabei die Verantwortung für die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesamtbehandlung.

Sanktionen (Art. 15)

Die Nichteinhaltung von Leistungsaufträgen oder von damit verbundenen Auflagen und Bedingungen kann die Versorgungssicherheit gefährden und soll deshalb sanktioniert werden. Durch das Gesundheitsdepartement können Sanktionen in Form von Verwarnungen sowie von Geldleistungen bis Fr. 200'000.– angeordnet werden. Die Verwarnung ist die Massregelung eines Spitals für regelwidriges Verhalten, beispielsweise für die Nichteinhaltung der mit dem Leistungsauftrag verbundenen Auflagen. Sie ist die Vorstufe für eine Geldleistung sowie für die Einschränkung oder den Entzug des Leistungsauftrages. Die Zuständigkeit für Einschränkung oder Entzug des Leistungsauftrages liegt bei der Regierung.

Zusätzliche Leistungen (Art. 16)

Spitäler können zusätzlich zu den stationären Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weitere Leistungen anbieten, soweit dadurch die Erfüllung des kantonalen Leistungsauftrages nicht beeinträchtigt wird. Als weitere Leistungen kommen insbesondere in Frage:

- ambulante Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- ambulante und stationäre Pflichtleistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung;
- Leistungen, die nicht zu den Pflichtleistungen der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes gehören;
- gemeinwirtschaftliche Leistungen;
- Leistungen für ausserkantonale oder für ausländische Patientinnen und Patienten.

Leistungsverpflichtung (Art. 17)

Die Regierung kann zur Vermeidung einer Unterversorgung Vorgaben über die anzubietenden Leistungen erlassen und dadurch Leistungserbringer, selbst wenn diese keinen Leistungsauftrag erhalten haben, verpflichten, auch unattraktive, jedoch versorgungspolitisch notwendige Leistungen anzubieten. Im Rahmen dieser Leistungsverpflichtung werden die Leistungserbringer automatisch zu Listenspitälern im Sinne des vorliegenden Gesetzesentwurfes. Falls eine Leistung auch bei wirtschaftlicher Leistungserbringung nicht kostendeckend erbracht werden kann, kann der Leistungserbringer gestützt auf Art. 23 zusätzliche Kantonsbeiträge beantragen.

Daten (Art. 18 bis 20)

Art. 22a KVG bildet auf Bundesebene die Grundlage zur Lieferung von Daten durch die Leistungserbringer. Art. 18 des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung bildet die Grundlage für die Datenlieferung von Spitälern an das Gesundheitsdepartement. Dabei handelt es sich um all jene Daten, die nötig sind, damit die zuständigen kantonalen Stellen die Spitalplanung und Spitalliste erstellen, die Leistungsaufträge erteilen sowie die Leistungserbringung betreffend Qualität, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit überprüfen können. Medizinische, qualitätsbezogene und finanzielle Daten sind dabei zeitgerecht, vollständig und kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Betriebsbezogene Daten können zu statistischen Zwecken sowie zur Durchführung von Benchmarking-Vergleichen zwischen Spitälern in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden. Bei der Bearbeitung von betriebsbezogenen Daten durch das Gesundheitsdepartement oder durch eine andere kantonale Stelle werden die Geschäftsgeheimnisse der Leistungserbringer gewahrt. Betriebsbezogene Daten sind insbesondere Daten der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik (z. Bsp. Leistungsangebot, Personalstatistik, Finanzbuchhaltung, Betriebsbuchhaltung, Anzahl stationäre Patientinnen und Patienten, Anzahl Pflorgetage).

Patientenbezogenen Daten dürfen – abgesehen von der Rechnungskontrolle und der Kodierrevision – nur in anonymisierter Form verwendet werden. Patientenbezogene Daten sind insbesondere Daten der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (z.B. Alter, Geschlecht, Wohnregion, Diagnosen, Behandlungen). Das Gesundheitsdepartement kann patientenbezogene Daten in anonymisierter Form veröffentlichen. Die veröffentlichten Daten dürfen keinen Rückschluss auf natürliche Personen zulassen.

Die Kosten für die Durchführung der Erhebung der Bundesstatistiken werden wie bisher von den Spitälern getragen.

6.4 Finanzierung (Art. 21 bis 25)

Finanzierungsanteil des Kantons (Art. 21)

Nach Art. 49a KVG legt der Kanton jährlich den für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltenden Vergütungsanteil zur Abgeltung der stationären Leistungen fest. Dabei sind die Pauschalen für stationäre Leistungen zu mindestens 55 Prozent durch die öffentliche Hand und zu höchstens 45 Prozent durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu tragen. Um eine jährliche Festlegung des Kantonsanteils zu vermeiden, wird dieser – nach Ablauf der im KVG vorgesehenen Übergangsphase – gesetzlich auf 55 Prozent fixiert.

Für das Jahr 2012 wurde der kantonale Vergütungsanteil gemäss Entscheid des Kantonsrates von der Regierung durch Erlass einer Dringlichkeitsverordnung (ABI 2011, 1025) nach Art. 75 der Kantonsverfassung bei 50 Prozent festgesetzt, da die gesetzlichen Grundlagen im Kanton erst Ende 2011 im ordentlichen Verfahren hätten erlassen werden können. Für die Regelung des kantonalen Vergütungsanteils für die Jahre 2013 bis 2017 wird die Regierung dem Kantonsrat im Jahr 2011 im Rahmen einer Sammelvorlage zu den Massnahmen zur Bereinigung des strukturellen Defizits des Staatshaushaltes²⁸ das Gesetz über den Kantonsanteil an den Abgeltungen der stationären Spitalleistungen unterbreiten.

Da der kantonale Vergütungsanteil während der vom KVG vorgesehenen Übergangsphase noch vom gesetzlich fixierten Anteil von 55 Prozent abweichen kann, kann Art. 21 erst ab 1. Januar 2017 angewendet werden (siehe Art. 34 Vollzugsbeginn).

Der Kantonsanteil wird vollumfänglich vom Kanton getragen. Eine Beteiligung der Gemeinden an der Spitalfinanzierung ist nicht vorgesehen. Damit entfällt der Standortbeitrag der Stadt St.Gallen an das Ostschweizer Kinderspital im Umfang von rund 0,44 Mio. Franken. Diese Entlastung wird im Rahmen des Wirksamkeitsberichts zum Finanzausgleich zwischen dem Kanton und den politischen Gemeinden berücksichtigt.

Genehmigung der Tarifverträge (Art. 22)

Eine Teilnahme des Kantons an den Tarifverhandlungen ist nicht vorgesehen. Nach Art. 46 Abs. 4 KVG sind Tarifverträge jedoch durch die zuständige Kantonsregierung oder, bei schweizweit gültigen Tarifverträgen, durch den Bundesrat zu genehmigen. Dabei prüft die Genehmigungsbe-

²⁸ ABI 2011, 630; abgekürzt KRB-BsD.

hörde, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Gemäss dem kantonalen Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung soll die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit über einen Vergleich der schweregradbereinigten Kosten erfolgen, wenn ein schweregradabhängiges Tarifsysteem vorliegt. Durch dieses Benchmarking soll die Effizienz von vergleichsweise teuren Spitälern gesteigert werden. Nach Art. 14 Abs. 1 und Abs. 2 des PÜG hat die Regierung vor ihrem Entscheid den Preisüberwacher anzuhören und von der Empfehlung des Preisüberwachers abweichende Entscheidungen zu begründen. Gegen den Entscheid der Regierung kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden.²⁹

Zusätzliche kantonale Beiträge für stationäre KVG-Pflichtleistungen (Art. 23)

Grundsätzlich werden an stationäre Leistungen für krankenversicherte Patientinnen und Patienten keine über das KVG hinausgehenden Beiträge erbracht. In Ausnahmefällen kann der Kanton jedoch zusätzliche Betriebs- und Investitionskostenbeiträge gewähren und diese mit Bedingungen und Auflagen verbinden. Die zusätzlichen Beiträge dienen der Sicherstellung von versorgungspolitisch notwendigen Leistungen. Die Anforderungen an versorgungspolitisch notwendige Leistungen nach Art. 23 sind höher als die Anforderungen an versorgungspolitisch sinnvolle Leistungen nach Art. 24 dieses Gesetzes, weil die neue Spitalfinanzierung für stationäre KVG-Pflichtleistungen grundsätzlich keine zusätzlichen Beiträge vorsieht. Zusätzliche Betriebs- und Investitionskostenbeiträge müssen vom Kantonsrat beschlossen werden. Dem Gesundheitsdepartement obliegt die Kontrolle, ob die gewährten Kantonsbeiträge zweckmässig eingesetzt werden.

Kantonale Beiträge können beispielsweise erforderlich sein, wenn eine unkoordinierte Schliessung eines Spitals droht und die Gesundheitsversorgung in einzelnen Bereichen gefährden würde.

Ein zusätzlicher kantonaler Beitrag könnte für das Ostschweizer Kinderspital notwendig werden, sofern die Befürchtung zutrifft, wonach die Tarifstruktur SwissDRG eine systematische Unterfinanzierung von stationären Leistungen der Kinderspitäler zur Folge haben könnte. Dies ist abhängig von der Einführungsversion der Tarifstruktur SwissDRG 1.0, von der Höhe des Basispreises und der Höhe des Investitionskostenzuschlages. Bei einer systematischen Unterfinanzierung drohen selbst bei einer wirtschaftlichen Leistungserbringung Defizite. Kinderspitäler können dabei – im Unterschied zu Erwachsenen Spitälern – nicht auf Zusatzerträge von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten zurückgreifen (die Patientinnen und Patienten von Kinderspitälern sind fast ausschliesslich allgemein versichert). Falls die Einführungsversion den höheren Behandlungskosten von Kindern nicht oder nur ungenügend Rechnung trägt und Kinderspitäler keine höheren Preise durchsetzen können, könnte ein zusätzlicher Beitrag von bis zu fünf Mio. Franken fällig werden, damit das Ostschweizer Kinderspital über die gleichen Beiträge verfügt wie vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Das Ostschweizer Kinderspital versucht im Verbund mit dem Universitätskinderspital Zürich und dem Universitätskinderspital beider Basel eine systematische Unterfinanzierung zu vermeiden.

Kantonale Beiträge können auch aufgrund eines Investitionsnachholbedarfs resultieren. Vor Inkraftsetzung der neuen Spitalfinanzierung musste der Kanton vollumfänglich für die Investitionskosten von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern aufkommen. Die öffentlich subventionierten Spitäler (Ostschweizer Kinderspital, Geriatriische Klinik St.Gallen, Rehaklinik Walenstadtberg und Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof) sind im Unterschied zu den Spital- und Psychiatrieverbunden Eigentümer der Spitalimmobilien. Der Kanton richtete bisher an die Bauvorhaben dieser Spitäler projektbezogene Beiträge aus. Mit der Rehaklinik Walenstadtberg wurden anstelle von projektbezogenen Baubeiträgen leistungsbezogene Investitionskostenbeiträge vereinbart. Die Rehaklinik Walenstadtberg erhielt seit 1995 für jede Behandlung von krankenversicherten Patientinnen und Patienten einen Betriebs- und einen Investitionskostenbeitrag. Mit der neuen Spitalfinanzierung erhalten alle öffentlich subventionierten Spitäler vom

²⁹ Art. 53 Abs. 1 KVG.

Kanton und von den Krankenversicherern leistungsabhängige Investitionskostenbeiträge. Diese Investitionskostenbeiträge ersetzen die bisherigen projektbezogenen Baubeiträge. Während das Kinder- und Jugendpsychiatrische Zentrum Sonnenhof im März 2009 einen Neubau beziehen konnte, an dessen Kosten von rund 12,4 Mio. Franken der Kanton einen Beitrag von rund acht Mio. Franken ausrichtete, weisen die Bauten des Ostschweizer Kinderspitals und der Geriatri-schen Klinik St.Gallen einen erheblichen Investitionsnachholbedarf aus. Dieser Investitionsnachholbedarf hätte gemäss der bisherigen Gesetzgebung vom Kanton finanziert werden müssen. Da die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler aufgrund der bisherigen KVG-Bestimmungen – im Unterschied zu den Privatspitälern – keine Rücklagen für anstehende Bauvorhaben bilden konnten, soll der Kanton auf der Basis von Art. 23 einen Beitrag an den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Spitalfinanzierung bestehenden Investitionsnachholbedarf des Ostschweizer Kinderspitals und der Geriatri-schen Klinik ausrichten. Für die Geriatri-sche Klinik ist ein Bauvorhaben von rund 20 Mio. Franken und für das Ostschweizer Kinderspital ein Neu-bauvorhaben auf dem Areal des Kantonsspitals St.Gallen von rund 150 Mio. Franken geplant. Der definitive Baubeitrag muss vom Kantonsrat im Rahmen einer separaten Vorlage beschlossen werden.

Zusätzliche kantonale Beiträge für weitere Leistungen (Art. 24)

Neben ergänzenden Betriebs- und Investitionskostenbeiträgen für stationäre Spitalbehandlungen von krankenversicherten Patientinnen und Patienten kann der Kanton nach Art. 24 auch zusätzliche Beiträge an andere Leistungen gewähren. Es handelt sich dabei um Leistungen, die nicht von der neuen Spitalfinanzierung betroffen sind. Der Kanton richtet bereits heute Beiträge an versorgungspolitisch sinnvolle Leistungen aus: z.Bsp. Leistungen von Ambulatorien und Tagesk-liniken, Leistungen der übrigen Sozialversicherer (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung) oder Leistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Voraussetzung für zusätzliche kantonale Beiträge ist, dass die Leistung wirtschaftlich erbracht wird und kosten-deckende Vergütungssysteme fehlen. Unter einer wirtschaftlichen Leistungserbringung wird der gezielte und wirkungsvolle Umgang mit den verfügbaren Ressourcen verstanden. Ohne zusätzli-che Beiträge wären diese versorgungspolitisch sinnvollen Leistungen gefährdet. Im Bereich der Psychiatrie könnte der Grundsatz «ambulant vor stationär» nicht mehr umgesetzt werden, was eine höhere Inanspruchnahme von stationären Leistungen mit entsprechenden Kostenfolgen bewirken würde. Eine derartige Rechtsgrundlage kennen auch andere Kantone.

Im Bereich der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung liegt der Deckungsgrad von stationären Behandlungen von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern heute lediglich bei 80 Prozent und nicht bei 100 Prozent. Grundsätzlich sind aufgrund eines ungenügenden Kostendeckungsgrades keine Kantonsbeiträge für Patientinnen und Patienten der übrigen Sozialversicherer vorgesehen. Die Spitäler müssen deshalb bestehende Vereinbarungen mit der Zentralstelle für Medizinaltarife in Luzern kündigen und möglichst kostendeckende Tarife vereinbaren. Sollten trotz neu verein-barer Tarife Deckungslücken vorkommen, so sind diese in erster Linie von den Betrieben durch Ertragsüberschüsse in anderen Bereichen, insbesondere durch Erträge aus Zusatzleistungen, aufzufangen.

Als Gewinne aus Zusatzleistungen werden jene Nettogewinne bezeichnet, die aufgrund von Leis-tungen im Rahmen der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten resultieren, die über die Mindestleistungen gemäss Sozialversicherungsgesetzgebung hinausgehen (z.B. Patien-tinnen und Patienten der Halbprivat- und Privatabteilung) oder aus der Behandlung von ausländi-schen Patientinnen und Patienten oder aus der Behandlung von Selbstzahlerinnen und Selbst-zahlern resultieren. Nicht zu den Zusatzleistungen zählen ambulante oder gemeinwirtschaftliche Leistungen. Ausgeschlossen sind auch Leistungen, die in Nebenbetrieben erbracht werden (z.B. Restaurant, Personalwohnungen oder Parkplatzbewirtschaftung).

Stehen keine Erträge aus Zusatzleistungen zur Verfügung (wie beispielsweise in Psychiatrischen Kliniken oder Kinderspitälern), kann der Kanton im Sinne der Versorgungssicherheit zusätzliche Beiträge an ambulante oder tagesklinische Leistungen gewähren. Heute leistet der Kanton an ambulante und tagesklinische Leistungen der psychiatrischen Kliniken (Kantonale Psychiatrische Dienste Sektor Nord, Kantonale Psychiatrische Dienste Region Süd und Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof) Beiträge von rund zwölf Mio. Franken.

Der Kanton kann auch Leistungen innovativer Versorgungsmodelle der Psychiatrie unterstützen, sofern kostendeckende Vergütungssysteme fehlen. Darunter fallen insbesondere jene psychiatrischen Leistungen, welche die Behandlung von Patientinnen und Patienten in ihrem bestehenden Umfeld ermöglichen und damit evtl. zu einer Reduktion der Anzahl Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, Tageskliniken und Ambulatorien beitragen können.

Innovationen werden in der ersten Anwendungsphase nicht durch das DRG-Tarifsysteem gedeckt. Aufgrund der Bedeutung von medizinisch-technischen Weiterentwicklungen sollen ungenügend finanzierte Leistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht Bestandteil eines Tarifsystems sind, ebenfalls durch Kantonsbeiträge unterstützt werden können.

Ein Rechtsanspruch auf kantonale Beiträge besteht nicht. Diese werden von der Regierung festgelegt und müssen vom Kantonsrat beschlossen werden.

Darlehen (Art. 25)

Der Kanton kann die Leistungserbringer bei der Erfüllung von Leistungsaufträgen durch Darlehen unterstützen. Beitragsberechtigte Spitäler mit eigenen Immobilien (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof oder Geriatriische Klinik St.Gallen) erhalten vom Kanton künftig keine projektbezogenen Baubeiträge mehr, da die Pauschalen neu auch die Anlagenutzungskosten umfassen. Sie müssen ihre Investitionen grundsätzlich aus eigenen zurückbehaltenen Mitteln finanzieren. Falls ein Spital für notwendige oder versorgungspolitisch sinnvolle Investitionen auf dem Kapitalmarkt keine Mittel beschaffen kann, kann der Kanton verzinsliche Darlehen gewähren. Darlehen des Kantons sind, entsprechend den Darlehen privater Geldgeber, angemessen zu sichern und zu amortisieren. Da es sich bei Kantonsdarlehen nicht um Staatsbeiträge, sondern um eine zeitlich befristete Überlassung von Geldern gegen Zinsen handelt, können diese von der Regierung bewilligt werden.

6.5 Schlussbestimmungen (Art. 26 bis 34)

Änderungen des Gesundheitsgesetzes (Art. 26)

Da mit der neuen Spitalfinanzierung die bisherige Unterscheidung in Privatspitäler und öffentliche Spitäler entfällt, soll in Art. 2 Abs. 2 Bst. d des Gesundheitsgesetzes anstelle der Vertretung des Staates in Aufsichtsorganen von privaten Spitälern generell eine Vertretung des Staates in Organen von Spitälern vorgesehen werden. Dies betrifft all jene Institutionen, in welchen eine Vertretung durch Beschluss des Kantonsrats, Stiftungsurkunde oder Vereinbarung vorgesehen ist. Derzeit ist der Kanton in den Spitalverbunden, in den Psychiatrischen Diensten, im Ostschweizer Kinderspital, in der Geriatriischen Klinik St.Gallen, im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Zentrum Sonnenhof und in der Klinik Valens vertreten.

Die in Art. 18 des Gesundheitsgesetzes vorgesehene Möglichkeit des Kantons, Spitäler, Laboratorien und medizinische Institute zu errichten, zu betreiben, sich daran zu beteiligen oder durch Beiträge zu unterstützen, wird durch einen Vorbehalt, dass diese Beiträge den bundesrechtlichen Vorgaben zu genügen haben, ergänzt.

Art. 22 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes legt fest, dass der Staat nur Einrichtungen unterstützt, die keinen Gewinn anstreben. Diese Bestimmung ist mit dem revidierten KVG nicht vereinbar, da der Kanton auch Leistungen von gewinnorientierten Privatspitälern entschädigen muss, sofern sie auf der Spitalliste des Standortkantons figurieren. Art. 22 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes muss deshalb aufgehoben werden.

Art. 26 des Gesundheitsgesetzes sieht vor, dass die im Einzugsgebiet eines Spitals liegenden Gemeinden zu angemessenen Beiträgen verpflichtet werden können, wenn das Leistungsangebot eines Spitals über den kantonalen Leistungsauftrag hinausgeht und die Erweiterung des Leistungsangebots von den Gemeinden beantragt wurde. Im Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung (Art. 16) wird festgehalten, dass Spitäler nur weitere Leistungen anbieten können, sofern dadurch die Erfüllung des kantonalen Leistungsauftrages nicht beeinträchtigt wird. Eine Erweiterung des kantonalen Leistungsauftrags mit weiteren Pflichtleistungen stellt immer eine Beeinträchtigung des kantonalen Leistungsauftrags dar. Erstens wird damit der kantonale Leistungsauftrag unterlaufen und zweitens sind damit negative Auswirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen verbunden. Auf die Möglichkeit, dass die Gemeinden zusätzliche Leistungen beantragen und finanzieren können, soll deshalb verzichtet werden.

Art. 28 des Gesundheitsgesetzes kann aufgehoben werden, da die Bestimmung, wonach die Regierung für eine zweckdienliche Spitalversorgung sorgt, neu im Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung geregelt wird.

Art. 32bis des Gesundheitsgesetzes soll dahingehend geändert werden, dass die Regierung für sämtliche Spitäler und psychiatrische Dienste die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten über eine Verordnung regeln kann.

Mit der Anpassung von Art. 33 des Gesundheitsgesetzes müssen sämtliche Spitäler und psychiatrischen Dienste Personen aufnehmen, deren Behandlung unaufschiebbar ist.

Änderungen des Gesetzes über die Spitalverbunde (Art. 27)

Aufgrund von Art. 3 des Gesetzes über die Spitalverbunde stellt der Spitalverbund die bedarfsgerechte Spitalversorgung, die Notfallversorgung und die Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens sicher. Das revidierte Krankenversicherungsgesetz verlangt die Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern, wodurch die Spitalversorgung nicht gesetzlich einem Spital zugewiesen werden kann, sondern durch die Spitäler auf der Spitalliste sicherzustellen ist. Auflagen im Bereich der Notfallversorgung sowie der Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens werden durch Leistungsauftrag übertragen. Dieser wird in den Art. 10 bis 15 des Gesetzes über die Spitalplanung- und -finanzierung geregelt. Der Spitalverbund stellt somit die Versorgung nicht mehr sicher, sondern trägt dazu bei.

Nach Art. 4 Abs. 3 des Gesetzes über die Spitalverbunde genehmigt der Kantonsrat den Leistungsauftrag der Spitalverbunde. Neu soll die Kompetenz zur Erteilung des Leistungsauftrags für öffentliche und private Spitäler abschliessend bei der Regierung liegen. Damit kann Art. 4 Abs. 3 des Gesetzes über die Spitalverbunde entfallen.

Mit der neuen Spitalfinanzierung erfolgt die Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitälern gemäss den Bestimmungen des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung. Damit können Art. 10 und Art. 11 des Gesetzes über die Spitalverbunde aufgehoben werden. Der Beitrag an die Spitalverbunde wird somit nicht mehr als Globalkredit, sondern als Kantonsbeitrag – bestehend aus einer Entschädigung für gemeinwirtschaftliche Leistungen und für stationäre Spitalleistungen – ausgerichtet. Die Abgeltung von stationären Spitalleistungen orientiert sich nicht mehr an den ungedeckten Kosten, sondern an den zwischen den Spitälern und Krankenversicherern vereinbarten Tarifen und dem Vergütungsanteil des Kantons für stationäre Spitalbehandlungen.

Das Controlling soll für alle öffentlichen und privaten Spitäler auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen einheitlich geregelt werden. Mit der Bestimmung in Art. 12 Abs. 1 Bst. d des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung kann auf Art. 14 und auf Art. 15 des Gesetzes über die Spitalverbunde verzichtet werden.

Art. 18 Abs. 2 des Gesetzes über die Spitalverbunde sieht vor, dass die Unterhaltskosten für die Immobilien bei der Bemessung des Globalkredits angemessen berücksichtigt werden. Mit der neuen Spitalfinanzierung beschränkt sich der Beitrag des Kantons an die Spitalverbunde grundsätzlich auf eine Entschädigung für gemeinwirtschaftliche Leistungen und für stationäre Spitalleistungen. Da die Unterhaltskosten für die Spitalimmobilien in der Entschädigung der stationären Spitalleistungen oder im Investitionskostenbeitrag für stationäre Spitalleistungen enthalten sind, muss – um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden – Art. 18 Abs. 2 des Gesetzes über die Spitalverbunde aufgehoben werden.

Änderungen des Gesetzes über die Psychiatrieverbunde (Art. 28)

Die Änderungen im Gesetz über die Psychiatrieverbunde entsprechen inhaltlich jenen im Gesetz über die Spitalverbunde.

Änderung des Grossratsbeschlusses über die Staatsbeiträge an Ausbau und Betrieb des Ostschweizerischen Säuglings- und Kinderspitals St.Gallen (Art. 29)

Art. 4 des Grossratsbeschlusses über die Staatsbeiträge an Ausbau und Betrieb des Ostschweizerischen Säuglings- und Kinderspitals St.Gallen ist aufzuheben, da der Kanton mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz im Bereich der stationären Spitalversorgung keine Defizitgarantie mehr übernehmen kann.

Im Art. 5 des Grossratsbeschlusses über die Staatsbeiträge an Ausbau und Betrieb des Ostschweizerischen Säuglings- und Kinderspitals St.Gallen wird festgehalten, dass die politische Gemeinde St.Gallen sich am Defizitanteil des Kantons mit einem indexierten, jährlichen Standortbeitrag von wenigstens 300'000 Franken beteiligt. Dieser Artikel muss aufgehoben werden, da nach der neuen Spitalfinanzierung die Defizitdeckung durch die öffentliche Hand entfällt und eine Beteiligung der Gemeinden an der Spitalfinanzierung nicht mehr vorgesehen ist.

Art. 6 des Grossratsbeschlusses sieht vor, dass Voranschlag und Rechnung des Säuglings- und Kinderspitals St.Gallen dem Regierungsrat jährlich zur Genehmigung unterbreitet werden. Mit der neuen Spitalfinanzierung und der damit verbundenen Gleichstellung von öffentlichen, öffentlich subventionierten und privaten Spitäler ist auf eine solche Genehmigung zu verzichten, weshalb dieser Artikel ebenfalls aufzuheben ist.

Änderung des Grossratsbeschlusses über den Staatsbeitrag an das Kinderschutzzentrum St.Gallen (Art. 30)

Ziffer 1 Abs. 2 des Grossratsbeschlusses über den Staatsbeitrag an das Kinderschutzzentrum St.Gallen verlangt die Deckung des Betriebsaufwandes der Bettenstation durch den Staat, vermindert um die Beiträge Dritter. Die Bettenstation des Kinderschutzzentrums wird ab 2012 nach den Grundsätzen der neuen Spitalfinanzierung finanziert. Der Kantonsbeitrag orientiert sich somit nicht mehr am Betriebsaufwand, sondern an dem zwischen dem Kinderschutzzentrum und den Krankenversicherern ausgehandelten Tarif und dem Vergütungsanteil des Kantons für stationäre Behandlungen, weshalb diese Bestimmung aufzuheben ist.

Änderungen des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung (Art. 31)

Da die Spitalversorgung neu im Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung geregelt wird, kann auf Art. 1 Abs. 1 Bst. a des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung verzichtet werden.

Nach Art. 51 und 54 KVG kann der Kanton ein Globalbudget als Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzen. Durch Art. 4 Bst. g des vorliegenden Gesetzesentwurfes wird die Kompetenz zur Festlegung eines Globalbudgets für Spitäler der Regierung zugewiesen. Die entsprechende Regelung für Spitäler in Art. 1 Abs. 1 Bst. b des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung kann deshalb entfallen. Eine Regelung über die Zuständigkeit ist notwendig, auch wenn derzeit weder im Bereich Spitäler noch im Bereich Pflegeheime vorgesehen ist, von diesem Finanzierungsinstrument Gebrauch zu machen.

Art. 2 des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung sieht vor, dass das zuständige Departement die Bundes- und die kantonale Gesetzgebung über die Krankenversicherung vollzieht, soweit dieses Gesetz keine andere Zuständigkeit vorsieht. Da neu auch das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung den Vollzug der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung vorsieht, wurde Art. 2 entsprechend ergänzt.

Änderungen des Personalgesetzes (Art. 32)

Art. 10 Abs. 1 Bst. d des Personalgesetzes ist aufzuheben, da diese Bestimmung, wonach die Chefärztin oder der Chefarzt sowie die leitenden Ärztinnen und Ärzte der kantonalen psychiatrischen Dienste durch die Regierung zu wählen sind, durch das am 1. Januar 2012 in Kraft tretende Gesetz über die Psychiatrieverbände hinfällig geworden ist.

Aufhebung bisherigen Rechts (Art. 33)

Aufgrund der KVG-Revision und des kantonalen Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung können verschiedene Grossrats- bzw. Kantonsratsbeschlüsse aufgehoben werden:

a) Der Kantonsratsbeschluss über die Finanzierung der Geriatrischen Klinik des Bürgerspitals St.Gallen vom 22. Januar 2008 (sGS 323.962) ist insofern nicht mehr mit dem revidierten KVG und dem Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung vereinbar, als der bisherige Globalkredit durch einen Staatsbeitrag (bestehend aus einer Entschädigung für gemeinwirtschaftliche Leistungen und einer Entschädigung für stationäre Spitalbehandlungen gemäss den vom Kanton festgelegten Kantonsanteil) ersetzt wird. Die Geriatrische Klinik des Bürgerspitals St.Gallen wird als nicht kantonaler Betrieb den privaten Leistungserbringern gleichgestellt und ist somit bei der Wahl der Revisionsstelle frei. Die Finanzkontrolle des Kantons St.Gallen kann auf der Basis einer entsprechenden Vereinbarung oder Absprache weiterhin die Finanzaufsicht über die Geriatrische Klinik ausüben.

b) Der Grossratsbeschluss über die Beteiligung des Staates an der Klinik Stephanshorn vom 17. Juni 1976 (sGS 325.916) widerspricht dem neuen Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung, indem er die Vergütung der Besoldungen der auf den Stationen eingesetzten Schulschwesterinnen und der Stationsgelder für die im Klinikbetrieb eingesetzten Schülerinnen der St.Gallischen Krankenschwesternschule durch den Kanton vorsieht. Die Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der nichtuniversitären Gesundheitsberufe ist neu in den leistungsbezogenen Pauschalen, die vom Kanton und den Versicherern anteilmässig finanziert werden, enthalten.

c) Der Grossratsbeschluss über die Errichtung der Stiftung Klinik Valens und die Staatsbeiträge an Ausbau und Betrieb der Klinik Valens vom 8. Dezember 1991 (sGS 325.917) ist aufgrund der dort vorgesehenen Zahlung von Beiträgen von 80 Prozent der Kosten künftiger Investitionen sowie des baulichen Unterhalts durch den Kanton nicht mehr mit dem Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung vereinbar. In der Wahl der Revisionsstelle ist die Klinik Valens ebenfalls frei. Die Finanzkontrolle des Kantons St.Gallen kann auf der Basis einer entsprechenden Vereinbarung oder Absprache weiterhin die Finanzaufsicht über die Klinik Valens übernehmen.

Vollzugsbeginn (Art. 34)

Dieses Gesetz soll mit Ausnahme von Art. 21, welcher erst ab 1. Januar 2017 angewendet wird, auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten. Da der kantonale Vergütungsanteil während der vom KVG vorgesehenen Übergangsphase noch vom gesetzlich fixierten Anteil von 55 Prozent abweichen kann, kann Art. 20 erst ab 1. Januar 2017 angewendet werden (siehe Erläuterungen zu Art. 21 Finanzierungsanteil des Kantons). Für die Festlegung des Vergütungsanteils für die Jahre 2013 bis 2016 wird die Regierung dem Kantonsrat im Jahr 2011 im Rahmen einer Sammelvorlage zu den Massnahmen zur Bereinigung des strukturellen Defizits des Staatshaushaltes das Gesetz über den Kantonsanteil an den Abgeltungen der stationären Spitalleistungen unterbreiten.

Änderungen und die Aufhebung bisherigen Rechts erfolgen auf denselben Zeitpunkt.

7 Verfahren und Referendum

Die neue Spitalfinanzierung hat für den Kanton wiederkehrende Mehrausgaben von rund 60 Mio. Franken zur Folge. Dies ist jedoch in erster Linie eine Folge der neuen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und nicht eine Folge des kantonalen Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung.

Nach Art. 7 des Gesetzes über Referendum und Initiative (sGS 125.1; abgekürzt RIG) unterstehen Gesetze und Beschlüsse des Kantonsrates, die zulasten des Kantons für den gleichen Gegenstand eine einmalige Ausgabe von 3 bis 15 Mio. Franken oder eine während mindestens zehn Jahren wiederkehrende neue Jahresausgabe von 0,3 bis 1,5 Mio. Franken zur Folge haben, dem fakultativen Referendum. Mit dem Wegfall des Standortbeitrages der Stadt St.Gallen an das Ostschweizer Kinderspital von rund 0,44 Mio. Franken erhöht sich der Beitrag des Kantons St.Gallen an das Ostschweizer Kinderspital in diesem Umfang. Die Vorlage unterliegt daher nach Art. 5 Abs. 1 RIG dem fakultativen Gesetzesreferendum.

8 Antrag

Wir beantragen Ihnen, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, auf den Entwurf des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung einzutreten.

Im Namen der Regierung

Willi Haag
Präsident

Canisius Braun
Staatssekretär

Beilage Glossar

Begriff	Erklärung
Aufnahmepflicht	Verpflichtung der Spitäler im Rahmen ihres Leistungsauftrags, zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton und – soweit eine Vereinbarung mit einem anderen Kanton dies vorsieht oder ein Notfall vorliegt – von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten.
Baserate/Basispreis	Die Baserate bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. Der Betrag, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, wird berechnet, indem das Kostengewicht der DRG, welcher der betreffende Fall zugeteilt ist, mit der Baserate multipliziert wird.
Benchmarking	Vergleich mehrerer Spitäler, um das jeweils beste als Referenz herauszufinden.
Forschung	Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten.
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Leistungen, die im öffentlichen Interesse erbracht werden, deren Kosten jedoch nicht Bestandteil der leistungsorientierten Fallpauschalen sind.
Globalbudget	Finanzielles Steuerungsinstrument, bei dem die Regierung einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler festsetzt, der als Kostenobergrenze zu verstehen ist.
Kostenstellenrechnung	Teil der Kostenrechnung, der die Frage beantwortet, wo die Kosten angefallen sind.
Kostenträgerrechnung	Die Kostenträgerrechnung zeigt, für welche Produkte und Dienstleistungen die Kosten entstanden sind. Kostenträger sind im Spital jeder stationäre Fall oder der Zusammenschluss von Fällen zu Fallgruppen.
KVG (Krankenversicherungsgesetz)	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 inkl. der am 21. Dezember 2007 durch das eidgenössische Parlament verabschiedeten Revision der Spitalplanungs- und -finanzierungsbestimmungen (SR 832.10).
KVV (Krankenversicherungsverordnung)	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102).
Leistungsauftrag	Zuordnung eines bestimmten, dem Bedarf entsprechenden Leistungsspektrums (Leistungen und Leistungsgruppen) an ein Spital oder Geburtshaus sowie Regelung der damit verbundenen Leistungen, Auflagen und Modalitäten. Der Leistungsauftrag ist Voraussetzung für die Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung und für den Anspruch auf Mitfinanzierung durch den Kanton.
Leistungsgruppe	Zusammensetzung von medizinischen Leistungseinheiten nach medizinischen und ökonomischen Kriterien zur Vergabe von Leistungsaufträgen.
Liaisonleistungen	Fachärztliche Mitbetreuung während eines Spitalaufenthaltes im Auftrag der behandelnden Ärzteschaft. Dadurch resultiert, z.B. in der Liaisonpsychiatrie eine Zusammenarbeit zwischen nichtpsychiatrischen Stationen und Psychiatern.
Listenspital	Spital oder Geburtshaus, das auf einer kantonalen Spitalliste figuriert.
Medizinisches Netzwerk	Zusammenschluss von Leistungserbringern mit dem Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung.
Medizinisch indizierte Behandlung	Medizinisch erforderliche Behandlung, die im Wohnkanton bzw. den Listenspitälern des Wohnkantons nicht angeboten wird oder Notfall, der einen Rücktransport in ein Spital des Wohnkantons nicht zulässt.

Begriff	Erklärung
Medizinische Leistungseinheit	Zusammenzug von medizinisch verwandten Diagnosen und Behandlungen.
OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung)	Paket an Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, das gemäss KVG von jedem Krankenversicherer jeder versicherten Person angeboten werden muss.
Spital ohne KVG-Bezug	Spital oder Geburtshaus mit einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung, aber ohne Berechtigung zur Abrechnung nach KVG und ausschliesslich nach Privatrecht tätig.
Spitalplanung	Festlegung des erforderlichen Leistungsangebots zur Sicherstellung einer qualitativen Gesundheitsversorgung, basierend auf Planungsziele, künftiger Bedarf sowie bestehendes und künftiges Angebot an medizinischen Leistungen.
Spitalliste	Liste aller inner- und ausserkantonalen Spitäler, die für die Versorgung der St.Galler Bevölkerung notwendig sind und einen Leistungsauftrag der Regierung erhalten.
SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)	Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Dabei wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Behandlungen, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.
Universitäre Lehre	Kosten der theoretischen und praktischen Ausbildung von Studierenden eines Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms sowie die Weiterbildung bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Nicht zu den Aufwendungen für universitäre Lehre gehören hingegen die Löhne der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. Diese sind Bestandteil der Betriebskosten des Spitals und werden demzufolge durch die Pauschalen abgegolten.
Versorgungspolitisch notwendige Leistungen	Leistungen, die der Sicherstellung einer ausreichenden Grundversorgung der Wohnbevölkerung dienen. Die Anforderungen an versorgungspolitisch notwendige Leistungen im Rahmen der Erteilung von Kantonsbeiträgen sind höher als an versorgungspolitisch sinnvolle Leistungen.
Vertragsspital	Nichtlistenspital, das mit Versicherern Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgeschlossen hat.
Wirtschaftlichkeit	Gezielter und wirkungsvoller Umgang der Spitäler mit den verfügbaren Mitteln, wobei sich Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.
Zusatzleistungen	Leistungen bei stationärer Behandlung von Patientinnen und Patienten, die über die Mindestleistungen gemäss Sozialversicherungsgesetzgebung hinausgehen.

Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung

Entwurf der Regierung vom 24. Mai 2011

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Mai 2011³⁰ Kenntnis genommen und erlässt

in Ausführung der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung³¹

als Gesetz:

I. Allgemeine Bestimmungen

Stationäre Gesundheitsversorgung

Art. 1. Der Kanton stellt eine bedarfsgerechte und zeitgemässe stationäre Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sicher.

Er fördert:

- a) die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Spitalpersonals;
- b) medizinische Netzwerke;
- c) die Zusammenarbeit von Spitälern;
- d) Projekte der anwendungsorientierten Forschung.

Begriffe

Art. 2. In diesem Erlass bedeuten:

- a) Spital: Gesamtheit der Einrichtungen, einschliesslich Geburtshäuser, oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen;
- b) medizinische Leistungseinheit: Zusammenzug von medizinisch verwandten Diagnosen und Behandlungen;
- c) Leistungsgruppe: Zusammenzug von medizinischen Leistungseinheiten nach medizinischen und wirtschaftlichen Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen;
- d) Zusatzleistungen: Leistungen bei stationärer Behandlung von Patientinnen und Patienten, die über die obligatorischen Leistungen nach der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes hinausgehen.

³⁰ ABI 2011, ●●

³¹ SR 832.10.

II. Zuständigkeiten

Kantonsrat

Art. 3. Der Kantonsrat:

- a) übt die Oberaufsicht über die stationäre Gesundheitsversorgung aus;
- b) beschliesst im Rahmen des Voranschlages Kantonsbeiträge für die stationäre Gesundheitsversorgung sowie für gemeinwirtschaftliche Leistungen;
- c) beschliesst zusätzliche kantonale Beiträge zur Sicherstellung versorgungspolitisch notwendiger Leistungen.

Regierung

Art. 4. Die Regierung:

- a) übt die Aufsicht über die stationäre Gesundheitsversorgung aus;
- b) erlässt und überprüft periodisch die Spitalplanung und die Spitalliste;
- c) erteilt Leistungsaufträge und legt damit verbundene Auflagen und Bedingungen fest;
- d) genehmigt die Tarifverträge nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³²;
- e) setzt die Tarife fest, wenn keine Einigung zwischen den Tarifpartnern zustande kommt;
- f) kann nach Art. 51 und 54 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³³ ein Globalbudget für die Finanzierung der Spitäler aufstellen.

Zuständiges Departement

Art. 5. Das zuständige Departement erfüllt die Aufgaben der Spitalplanung und der Spitalfinanzierung, die nicht einem anderen Organ zugewiesen sind.

Dem zuständigen Departement obliegen insbesondere:

- a) Erstellung und periodische Überprüfung der Spitalplanung sowie der Spitalliste zuhanden der Regierung;
- b) Durchführung des Evaluationsverfahrens zur Vergabe der Leistungsaufträge und ihre Verhandlung mit den Spitälern;
- c) Überprüfung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen;
- d) Überprüfung der Einhaltung der Voraussetzungen, Auflagen und Bedingungen für die Vergabe der Leistungsaufträge;
- e) Überprüfung der Voraussetzungen und Bewilligung einer Kostenübernahme für stationäre Behandlungen von st.gallischen Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Spitälern und in Spitälern, die nicht auf der Spitalliste aufgeführt sind sowie Festlegung der Kostenbeteiligung des Kantons unter Vorbehalt der bundesrechtlichen Vorgaben;
- f) Festlegung des Referenztarifes nach Art. 41 Abs. 1bis des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³⁴.

³² SR 832.10.

³³ SR 832.10.

³⁴ SR 832.10.

III. Spitalplanung und Spitalliste

Ziel

Art. 6. Ziel der Spitalplanung ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und zeitgemässen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen stationären Spitalversorgung für die Bevölkerung des Kantons St.Gallen unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, Zugänglichkeit von Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie der langfristigen Versorgungssicherheit.

Inhalt und Grundlagen

Art. 7. Die Spitalplanung umfasst insbesondere die Bereiche Untersuchung, Behandlung und Pflege von Kranken einschliesslich medizinische Prävention, Rehabilitation sowie Palliation.

Grundlagen der Spitalplanung bilden:

- a) die Ziele und der aktuelle Stand der stationären Spitalversorgung;
- b) der zukünftige Bedarf sowie die voraussichtlichen Angebote im Bereich der stationären Spitalversorgung.

Spitalliste

Art. 8. Die Spitalliste gliedert sich in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen.

Voraussetzung für die Aufnahme auf die Spitalliste ist die Erteilung eines Leistungsauftrages durch die Regierung.

Publikation im Amtsblatt

Art. 9. Die Spitalliste wird im Amtsblatt veröffentlicht.

Die Publikation kann auf die Verteilung der Leistungsgruppen auf die Spitäler beschränkt werden.

Leistungsauftrag a) Inhalt

Art. 10. Der Leistungsauftrag:

- a) umschreibt Zweck und Dauer des Auftrages;
- b) bestimmt die Leistungen der Vertragsparteien und deren Verantwortlichkeiten;
- c) bezeichnet gemeinwirtschaftliche Leistungen und deren Entschädigung;
- d) beziffert kantonale Beiträge zur Sicherstellung der Versorgung;
- e) legt die Modalitäten des Entgelts der Leistungen fest;
- f) enthält allfällige Auflagen und Bedingungen;
- g) bestimmt die Folgen einer Schlecht- oder Nichterfüllung.

Der Leistungsauftrag wird befristet.

b) Voraussetzungen

Art. 11. Der Leistungsauftrag wird auf der Grundlage von medizinischen Leistungseinheiten und -gruppen erteilt.

Er kann Spitälern erteilt werden, welche:

- a) die Planungsziele nach Art. 6 dieses Erlasses bestmöglich erfüllen;
- b) sich im Rahmen ihres Leistungsauftrags und ihrer Kapazitäten verpflichten, Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton sowie ausserkantonale Patientinnen und Patienten, soweit eine Vereinbarung vorliegt, aufzunehmen;
- c) für die vereinbarten Leistungen über eine ausreichende Zahl von entsprechend qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen, deren Arbeitsbedingungen angemessen sind.

c) Auflagen und Bedingungen

Art. 12. Der Leistungsauftrag kann mit Auflagen und Bedingungen verbunden werden, insbesondere:

- a) Vorgaben über die Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen;
- b) Verpflichtung zur Zusammenfassung medizinischer Leistungen zu integral zu erbringenden Leistungsgruppen;
- c) Verpflichtung zur Erbringung von Leistungen in Kooperation mit einem anderen Spital im Kanton oder ausserhalb des Kantons;
- d) Vorgaben über Indikatoren für das Reporting und weitere Grundsätze für das Controlling;
- e) Einhaltung von Mindestfallzahlen für bestimmte medizinische Leistungen;
- f) Sicherstellung einer Notfallaufnahme;
- g) Festlegung eines Mindestanteils an Patientinnen und Patienten aus dem Kanton, für deren stationären Behandlungen keine Zusatzleistungen in Rechnung gestellt werden;
- h) Bereitstellung einer unter Berücksichtigung der Betriebsgrösse und des kantonalen Bedarfs angemessenen Zahl an Aus- und Weiterbildungsplätzen für Fachleute in Berufen des Gesundheitswesens.

d) Öffentliches Beschaffungswesen

Art. 13. Spitäler auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen unterliegen im Anwendungsbereich der Leistungsaufträge der Gesetzgebung über das öffentliche Beschaffungswesen.

e) Auslagerung von medizinischen Leistungen

Art. 14. Die teilweise oder vollumfängliche Auslagerung von medizinischen Leistungen an Dritte ausserhalb des Spitals ist ausgeschlossen.

Die Auslagerung von medizinischen Supportleistungen ist zulässig, soweit die Versorgungssicherheit nicht gefährdet wird.

f) Sanktionen

Art. 15. Bei Nichterfüllung oder Verletzung des Leistungsauftrages können als Sanktionen angeordnet werden:

- a) durch das zuständige Departement eine Verwarnung oder eine Geldleistung bis Fr. 200'000.-;
- b) durch die Regierung einen teilweisen oder vollständigen Entzug des Leistungsauftrages.

Zusätzliche Leistungen

Art. 16. Spitäler können weitere Leistungen anbieten, soweit die Erfüllung des kantonalen Leistungsauftrages und die langfristige Gesundheitsversorgung nicht beeinträchtigt werden.

Leistungsverpflichtung

Art. 17. Die Regierung kann, soweit dies zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung notwendig ist, Spitäler im Kanton verpflichten, bestimmte Leistungen zu erbringen.

Daten a) Umfang

Art. 18. Spitäler liefern dem zuständigen Departement die notwendigen medizinischen, qualitätsbezogenen und finanziellen Daten für:

- a) die Spitalplanung;
- b) das Erstellen der Spitalliste;
- c) die Vergabe der Leistungsaufträge;
- d) die Überprüfung der Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen für die Erteilung des Leistungsauftrages und der mit dem Leistungsauftrag verbundenen Auflagen und Bedingungen.

Die Daten werden zeitgerecht, vollständig und unentgeltlich geliefert.

b) Bearbeitung

Art. 19. Betriebsbezogene Daten können in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden. Die Geschäftsgeheimnisse der Spitäler werden gewahrt.

Patientenbezogene Daten werden nach der Erhebung anonymisiert, soweit sie nicht für die Rechnungskontrolle oder die Kodierrevision verwendet werden.

Daten werden ausschliesslich in anonymisierter Form veröffentlicht. Sie lassen keine Rückschlüsse auf Personen zu.

Kosten der Bundesstatistiken

Art. 20. Spitälern mit Standort im Kanton St.Gallen werden die Kosten für die Durchführung der Erhebung der Bundesstatistiken in Rechnung gestellt.

IV. Finanzierung

Finanzierungsanteil des Kantons

Art. 21. Der Anteil des Kantons an den Abgeltungen der stationären Leistungen nach Art. 49a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³⁵ beträgt 55 Prozent.

³⁵ SR 832.10.

Genehmigung der Tarifverträge

Art. 22. Tarifverträge werden genehmigt, wenn sie den Anforderungen von Art. 46 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³⁶ entsprechen.

Die Wirtschaftlichkeit wird durch einen interkantonalen Vergleich der schweregradbereinigten Kosten überprüft, wenn ein schweregradabhängiges Tarifsysteem vorliegt.

Betriebs- und Investitionskostenbeiträge

Art. 23. Für die Sicherstellung versorgungspolitisch notwendiger stationärer Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können den Spitälern mit Standort im Kanton St.Gallen im Rahmen der Spitalplanung zusätzlich zur Abgeltung der Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994³⁷ Beiträge an die Betriebs- und Investitionskosten gewährt werden.

Die Gewährung von Beiträgen kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden.

Zusätzliche kantonale Beiträge

Art. 24. Wo kostendeckende Vergütungssysteme fehlen, können den Spitälern mit Standort im Kanton St.Gallen Beiträge an die ungedeckten Kosten gewährt werden für:

- a) versorgungspolitisch sinnvolle ambulante Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- b) versorgungspolitisch sinnvolle ambulante oder stationäre Pflichtleistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung;
- c) Leistungen innovativer Versorgungsmodelle der Psychiatrie;
- d) Nichtpflichtleistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Beiträge können gewährt werden, wenn:

- 1 die Leistung wirtschaftlich erbracht wird;
- 2 die ungedeckten Kosten nicht durch Gewinne aus Zusatzleistungen gedeckt werden können.

Die Gewährung von Beiträgen kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden.

Darlehen

Art. 25. Die Regierung kann den Spitälern mit Standort im Kanton St.Gallen für die Erfüllung der Leistungsaufträge Darlehen gewähren. Darlehen werden gesichert, verzinst und amortisiert.

³⁶ SR 832.10.

³⁷ SR 832.10.

V. Schlussbestimmungen

Änderung bisherigen Rechts

a) Gesundheitsgesetz

Art. 26. Das Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1979³⁸ wird wie folgt geändert:

Organe des Staates a) Regierung

Art. 2. Der Regierung steht die oberste Leitung und Aufsicht zu.

Sie wählt:

- a) den Gesundheitsrat;
- b) ...
- c) ...
- d) die Vertretung des Staates in **Organen von Spitälern** und psychiatrischen Diensten, wenn eine Vertretung durch Beschluss des Grossen Rates, Stiftungsurkunde oder Vereinbarung vorgesehen ist.

Staat a) Spitäler, Laboratorien, Institute

Art. 18. Der Staat **kann** Spitäler, ___ Laboratorien und medizinische Institute **errichten**.

Er kann sich daran beteiligen oder **nach Massgabe des Bundesrecht** Errichtung und Betrieb durch Beiträge unterstützen.

f) gemeinsame Vorschriften

Art. 22. Leistungen des Staates gemäss Art.18 bis 21bis dieses Gesetzes erfolgen aufgrund von besonderen Gesetzen oder Beschlüssen des Kantonsrates. Das Finanzreferendum bleibt vorbehalten.

—

Politische Gemeinde d) andere Einrichtungen der Gesundheitspflege

Art. 26. Die politische Gemeinde kann Spitäler, Laboratorien und medizinische Institute sowie Ausbildungsstätten für Pflegeberufe errichten und betreiben, sich daran beteiligen oder **nach Massgabe des Bundesrechts** Errichtung und Betrieb durch Beiträge unterstützen.

—

Art. 28 wird aufgehoben.

³⁸ sGS 311.1.

Patientenrechte und -pflichten

Art. 32bis. Die Regierung regelt durch Verordnung Rechte und Pflichten der Patienten der ___ Spitäler und psychiatrischen Dienste.

Aufnahmepflicht

Art. 33. ___ Spitäler und psychiatrische Kliniken müssen Personen aufnehmen, deren Behandlung unaufschiebbar ist.

Über die Unaufschiebbarkeit entscheidet die ärztliche Leitung.

b) Gesetz über die Spitalverbunde

Art. 27. Das Gesetz über die Spitalverbunde vom 22. September 2002³⁹ wird wie folgt geändert:

Aufgaben a) allgemein

Art. 3. Der Spitalverbund **trägt bei:**

- a) **zur** bedarfsgerechten Spitalversorgung;
- b) **zur** Notfallversorgung bei Krankheit und Unfall;
- c) **zur** Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens.

—

b) Leistungsauftrag

Art. 4. Die Regierung konkretisiert die Aufgaben des Spitalverbunds im Leistungsauftrag.

Der Leistungsauftrag kann das Leistungsangebot an Spitalstandorten vorgeben.

—

Art. 10 und 11 werden aufgehoben.

Pflichtreserve

Art. 12. **Erzielt der Spitalverbund einen Gewinn** und ist ein Verlustvortrag abgetragen, wird ein Fünftel **des Gewinns** der Pflichtreserve zugewiesen, bis diese einen Fünftel des Dotationskapitals erreicht.

Die Pflichtreserve dient der Deckung von Verlusten und für Massnahmen, die geeignet sind, die Folgen schlechten Geschäftsgangs zu mildern.

Art. 14 und 15 werden aufgehoben.

³⁹ sGS 320.2.

Unterhalt

Art. 18. Der Spitalverbund sorgt für den Unterhalt der Immobilien.

c) Gesetz über die Psychiatrieverbunde

Art. 28. Das Gesetz über die Psychiatrieverbunde vom 25. Januar 2011⁴⁰ wird wie folgt geändert:

Aufgaben a) Grundsatz

Art. 2. Der Psychiatrieverbund **trägt bei**:

- a) **zur** bedarfsgerechten stationären und tagesklinischen Psychiatrieversorgung sowie zur dezentralen ambulanten Versorgung in Zusammenarbeit mit den frei praktizierenden Angehörigen der Gesundheitsberufe;
 - b) **zur** Notfallversorgung bei psychischen Krankheiten;
 - c) **zur** Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens.
-

Art. 11 bis 14 werden aufgehoben.

Immobilien b) Unterhalt

Art. 18. Der Psychiatrieverbund sorgt für den Unterhalt der Immobilien.

d) Grossratsbeschluss über die Staatsbeiträge an Ausbau und Betrieb des Ostschweizerischen Säuglings- und Kinderspitals St.Gallen

Art. 29. Der Grossratsbeschluss über die Staatsbeiträge an Ausbau und Betrieb des Ostschweizerischen Säuglings- und Kinderspitals St.Gallen vom 22. September 1985⁴¹ wird wie folgt geändert:

Ziff. 4 bis 6 werden aufgehoben.

⁴⁰ Referendumsvorlage ABI 2010, 3863 ff.

⁴¹ sGS 325.912.

e) *Grossratsbeschluss über den Staatsbeitrag an das Kinderschutzzentrum St.Gallen*

Art. 30. Der Grossratsbeschluss über den Staatsbeitrag an das Kinderschutzzentrum St.Gallen vom 8. November 2001⁴² wird wie folgt geändert:

1. Der Staat leistet der Stiftung Ostschweizer Kinderspital St.Gallen einen Beitrag an den Betrieb der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Bettenstation des Kinderschutzzentrums St.Gallen.

—

f) *Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung*

Art. 31. Das Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung vom 9. November 1995⁴³ wird wie folgt geändert:

Regierung

Art. 1. Die Regierung:

- a) —
- b) setzt das Globalbudget für — Pflegeheime fest.

Sie erlässt Vollzugsbestimmungen und kann im Rahmen des Vollzugs mit anderen Kantonen und Staaten Vereinbarungen abschliessen.

Departement

Art. 2. Das zuständige Departement vollzieht die Bundes- und die kantonale Gesetzgebung über die Krankenversicherung, soweit dieses Gesetz **sowie das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung vom •• keine andere Zuständigkeit vorsehen.**

g) *Personalgesetz*

Art. 32. Das Personalgesetz vom 25. Januar 2011⁴⁴ wird wie folgt geändert:

Zuständigkeit a) Regierung

Art. 10. Die Regierung ist zuständig für Begründung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses von:

- a) Generalsekretärin oder Generalsekretär;
- b) Leiterin oder Leiter eines Amtes oder einer Anstalt;
- c) Leiterin oder Leiter des Dienstes für politische Planung und Controlling;
- d) —
- e) weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach besonderen gesetzlichen Bestimmungen. Sie kann durch Verordnung die Zuständigkeit für Begründung und Beendigung auf weitere Arbeitsverhältnisse ausdehnen.

Sie kann durch Verordnung die Zuständigkeit für Begründung und Beendigung auf weitere Arbeitsverhältnisse ausdehnen.

⁴² sGS 325.919.

⁴³ sGS 331.11.

⁴⁴ Referendumsvorlage ABI 2010, 3826 ff.

Aufhebung bisherigen Rechts

Art. 33. Es werden aufgehoben:

- a) der Kantonsratsbeschluss über die Finanzierung der Geriatrischen Klinik des Bürgerspitals St.Gallen vom 22. Januar 2008⁴⁵;
- b) der Grossratsbeschluss über die Beteiligung des Staates an der Klinik Stephanshorn vom 17. Juni 1976⁴⁶;
- c) der Grossratsbeschluss über die Errichtung der Stiftung Klinik Valens und die Staatsbeiträge an Ausbau und Betrieb der Klinik Valens vom 8. Dezember 1991⁴⁷.

Vollzugsbeginn

Art. 34. Art. 21 dieses Erlasses wird ab 1. Januar 2017, die übrigen Bestimmungen werden ab 1. Januar 2012 angewendet.

⁴⁵ nGS 43-60 (sGS 323.962).

⁴⁶ nGS 11-35 (sGS 325.916).

⁴⁷ nGS 27-11 (sGS 325.917).