

**Teilrevision des  
Krankenpflegegesetzes  
(Änderung der Spitalfinanzierung)**

**Erläuternder Bericht**

**Oktober 2010**

I.	Ausgangslage.....	4
1.	Änderung des Bundesrechts über die Krankenversicherung .....	4
2.	Überblick über die Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung .....	4
3.	Überblick über die Vorgaben des Bundes zur Spitalfinanzierung .....	5
3.1	Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007.....	5
3.2	Änderung vom 22. Oktober 2008 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) .....	8
4.	Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen .....	10
4.1	Vorgaben des Bundes.....	10
4.2	Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen.....	11
4.3	Tarifsystem für stationäre Rehabilitation, Psychiatrie und für stationäre Leistungen in Geburtshäusern.....	11
5.	Auftrag Pfäffli betreffend die Einführung eines Innovationsartikels für die Akutspitäler im kantonalen Krankenpflegegesetz (KPG) .....	12
6.	Entwicklung eines Modells zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Spital durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren (GDK).....	12
II.	Aktuelles kantonales Spitalfinanzierungssystem .....	14
1.	Somatische Spitäler und Kliniken im Kanton .....	14
1.1	Betriebsbeiträge .....	14
1.2	Investitionsbeiträge .....	16
1.3	Privatkliniken und Geburtshaus .....	16
2.	Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR).....	17
3.	Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP Graubünden).....	17
4.	Ausserkantonale Spitäler und Kliniken .....	17
III.	Umsetzung der Vorgaben des Bundes zur Spitalfinanzierung im Kanton .....	19
1.	Beiträge der öffentlichen Hand an die Leistungserbringer .....	19
1.1	Spitäler und Geburtshäuser .....	19
1.2	Öffentliche Spitäler .....	19
2.	Aufteilung der Beiträge der öffentlichen Hand zwischen Kanton und Gemeinden ...	21
2.1	Kanton und Gemeinden .....	21
2.2	Gemeinden.....	23
2.3	Kanton.....	24
IV.	Finanzielle Auswirkungen.....	28
1.	Modellrechnung .....	28
1.1	Grundlagen und Annahmen der Modellrechnung.....	28
1.2	Öffentliche Spitäler .....	29

1.3	Privatkliniken, Geburtshäuser und Rehabilitationskliniken .....	30
1.4	Psychiatrische Dienste Graubünden.....	31
1.5	Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden .....	32
1.6	Ausserkantonale Spitäler und Kliniken.....	32
1.7	Zusammenfassung.....	34
2.	Kanton und Gemeinden .....	35
3.	Kanton .....	35
4.	Gemeinden .....	35
5.	Leistungserbringer .....	35
6.	Versicherer .....	35
V.	Personelle Auswirkungen .....	37
1.	Leistungserbringer .....	37
2.	Kanton .....	37
3.	Gemeinden .....	37
VI.	Notwendigkeit einer Teilrevision des Krankenpflegegesetzes.....	38
VII.	Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen der Teilrevision .....	39
VIII.	Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes .....	50
IX.	Beachtung der VFRR-Grundsätze.....	51

# **I. Ausgangslage**

## **1. Änderung des Bundesrechts über die Krankenversicherung**

Am 21. Dezember 2007 hat das eidgenössische Parlament eine Revision der die Spitalplanung und die Spitalfinanzierung betreffenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 beschlossen. Die revidierten Bestimmungen sind seit dem 1. Januar 2009 in Kraft.

Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 müssen die kantonalen Spitalplanungen bis spätestens 1. Januar 2015 an die neuen Vorgaben des Bundesrechts angepasst werden, die Neuordnung der Spitalfinanzierung muss in den Kantonen spätestens am 31. Dezember 2011 eingeführt sein.

Am 22. Oktober 2008 hat der Bundesrat Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; 832.102) und der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) beschlossen. Die Änderungen betreffen in erster Linie die Spitalplanung und die Spitalfinanzierung.

## **2. Überblick über die Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung**

Das revidierte KVG enthält schwergewichtig folgende Vorgaben zu der durch die Kantone durchzuführenden Spitalplanung:

- Die Spitalplanung muss auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2ter KVG, Abs. 3 Übergangsbestimmungen).
- Die Kantone müssen ihre Planungen koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG).

Bei der Spitalplanung haben die Kantone zu beachten, dass die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten neu sämtliche Listenspitäler aller Kantone umfasst (Art. 41 Abs. 1bis KVG).

Der Bundesrat hat in der revidierten KVV gestützt auf Art. 39 Abs. 2 KVG einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlassen.

### **3. Überblick über die Vorgaben des Bundes zur Spitalfinanzierung**

#### **3.1 Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007**

Die KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 beinhaltet eine tiefgreifende Umstellung des Spitalfinanzierungssystems.

Als Spitäler im Sinne des KVG gelten gemäss Art. 39 KVG Anstalten und deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Das neue Spitalfinanzierungssystem gilt sinngemäss auch für Geburtshäuser (Art. 41 Abs. 1ter KVG).

Die vom Bund neu vorgeschriebene Finanzierung der Spitäler enthält folgende Eckpunkte:

#### *Leistungsbezogene Finanzierung*

- Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem auf der Spitalliste des Kantons befindenden Spital oder Geburtshaus haben die Vertragsparteien Pauschalen zu vereinbaren. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen müssen leistungsbezogen sein und auf gesamtschweizerische einheitlichen Strukturen beruhen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Damit sollen auf Betriebsvergleichen beruhende Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Benchmarking) ermöglicht werden. Die zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, die Forschung und die universitäre Lehre (Art. 49 Abs. 3 KVG).

Neu sind folgende Punkte:

- Die Investitionskosten werden mit den Pauschalen abgegolten; d.h. die Investitionen müssen ab 2012 von den Spitälern aus den laufenden Erträgen finanziert werden.
- Die Kantone haben sich im Sinne der Gleichbehandlung der öffentlichen und der privaten Spitäler auch an den KVG-pflichtigen Kosten der stationären Behandlung von Kantonsewohnern in Privatspitälern zu beteiligen, wenn sich diese auf einer Spitalliste befinden. Die Zusatzversicherungen haben nur

mehr die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Zusatzleistungen für halbprivat- und privatversicherte Patienten zu übernehmen.

- Die Kantone können die Beitragsberechtigung der Spitäler nicht mehr in ihrer Gesetzgebung bestimmen. Entscheidend für die Mitfinanzierungspflicht durch den Kanton ist die Aufnahme der betreffenden Einrichtung auf die Spitalliste eines Kantons. Anspruch auf Beiträge des Kantons hat entsprechend jedes Spital, welches sich auf einer Spitalliste befindet.
- Die Kantone können auch den Finanzierungsmodus der Spitäler für deren stationäre Behandlung von Patienten nicht mehr in ihrer Gesetzgebung bestimmen. Die Beiträge der Kantone und der Krankenversicherer werden neu auf Grund der Vorgaben des KVG dual-fix ausgerichtet. Die Beiträge der Kantone können entsprechend nicht mehr als Subvention qualifiziert werden.
- Für die Festlegung der Spitaltarife sind nicht mehr die anrechenbaren Kosten des betreffenden Spitals massgebend. Die zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen haben sich vielmehr an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- Die Kostenanteile für die Aus- und Weiterbildung der nicht im Bundesgesetz über die Medizinalberufe (SR 811.11) geregelten Berufe und die Kosten der Weiterbildung der im Bundesgesetz über die Medizinalberufe geregelten Berufe nach dem Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitel fliessen in die durch die Pauschalen zu vergütenden Aufwendungen ein.

#### *Anteil der Kantone an den Pauschalen*

- Die Kantone haben von den zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen mindestens 55% zu übernehmen (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG).

Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt der neuen Spitalfinanzierung die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsan-

teils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen (Abs. 5 Übergangsbestimmungen KVG).

- Die Kantone haben jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn ihren Anteil an den zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Vergütungen festzulegen (Art. 49a Abs. 2 KVG).

#### *Freie Spitalwahl*

- Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton haben dabei – wenn die versicherte Person das ausserkantonale Listenspital nicht aus medizinischen Gründen aufsucht – entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsprinzip die Vergütung anteilmässig höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, zu übernehmen (Art. 41 Abs. 1bis und 3 KVG).

Mit den neuen Instrumenten der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl sollen die Wirtschaftlichkeit und der Qualitätswettbewerb gefördert werden.

In der nachstehenden Abbildung werden die Vorgaben des KVG zur Finanzierung der KVG-pflichtigen Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser im stationären Bereich dargestellt.

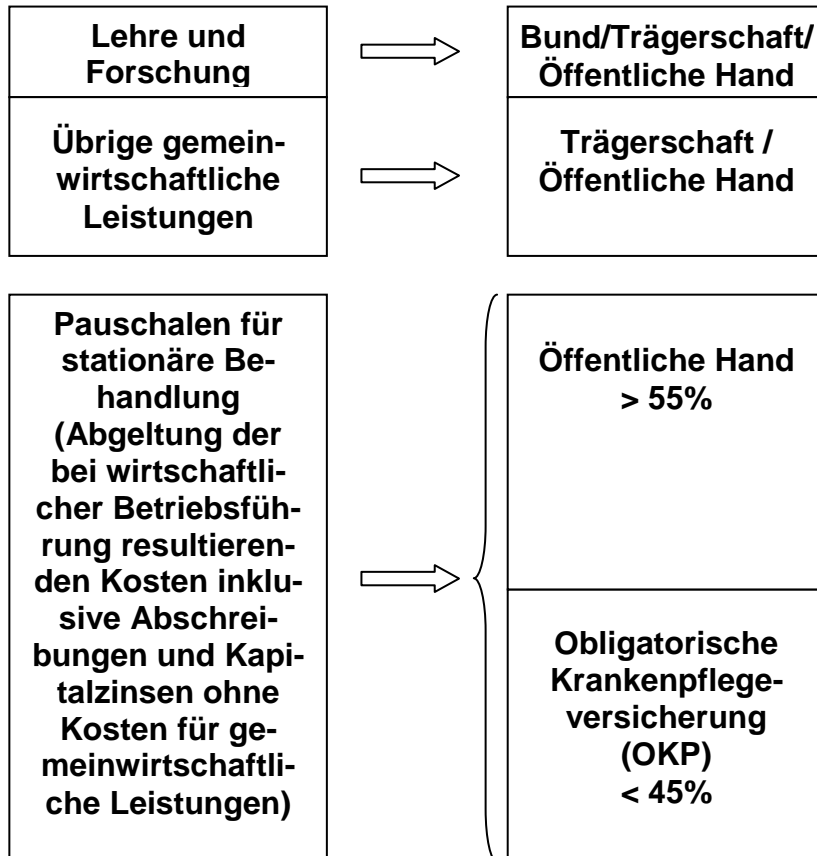


Abbildung 1: Finanzierung der stationären KVG-Leistungen gemäss den KVG-Vorgaben

### 3.2 Änderung vom 22. Oktober 2008 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)

Die am 22. Oktober 2008 geänderte VKL definiert insbesondere die Kosten für die universitäre Lehre und die Forschung und enthält Vorgaben zur inhaltlichen Ausgestaltung der Anlagebuchhaltung der Spitäler und Geburtshäuser.

Als Kosten für die universitäre Lehre gelten gemäss Art. 7 Abs. 1 die Aufwendungen für:

- a) die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms;

- b) die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.

Als Kosten für die Forschung gelten nach Abs. 2 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, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.

Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung müssen die Spitäler und Geburtshäuser gemäss Art. 10 Abs. 4 eine Anlagebuchhaltung führen. Als Investitionen gelten Objekte mit einem Anschaffungswert von 10'000 Franken und mehr.

Art. 10a enthält bezüglich Ausgestaltung der Anlagebuchhaltung folgende Vorgaben:

<sup>1</sup> Die Anlagebuchhaltung muss für jede Anlage mindestens die Angaben enthalten über:

- a) das Anschaffungsjahr;
- b) die geplante Nutzungsdauer in Jahren;
- c) den Anschaffungswert;
- d) den Buchwert der Anlage am Anfang des Jahres;
- e) den Abschreibungssatz;
- f) die jährliche Abschreibung;
- g) den Buchwert der Anlage am Ende des Jahres;
- h) den kalkulatorischen Zinssatz;
- i) den jährlichen kalkulatorischen Zins;
- j) die jährlichen Anlagenutzungskosten als Summe der jährlichen Abschreibung und der jährlichen kalkulatorischen Zinsen.

<sup>2</sup> Die zur Erfüllung des Leistungsauftrags der Einrichtung betriebsnotwendigen Anlagen dürfen höchstens mit ihrem Anschaffungswert berücksichtigt werden.

<sup>3</sup> Die maximalen jährlichen Abschreibungen berechnen sich bei linearer Abschreibung vom Anschaffungswert über die geplante Nutzungsdauer auf den Restwert Null.

<sup>4</sup> Die kalkulatorische Verzinsung der für die Erbringung der stationären Leistungen erforderlichen betriebsnotwendigen Anlagen berechnet sich nach der Durchschnittswertmethode. Der Zinssatz beträgt 3.7 Prozent. Er wird periodisch überprüft.

Die SwissDRG AG hat der Wirtschaftsunternehmung KPMG Anfang dieses Jahres den Auftrag erteilt, so rasch als möglich gesamtschweizerisch die Investitionen und Anlagenutzungskosten zu erheben. Die Ergebnisse sollen Auskunft über das zu erwartende

Kostenvolumen der Anlagenutzung sowie Hinweise über allfällige Schwierigkeiten bei deren Bewertung geben. Der Schlussbericht sollte demnächst vorliegen.

Es ist davon auszugehen, dass die Anlagenutzungskosten nicht pro Spital anhand der konkret anfallenden Anlagenutzungskosten ermittelt werden, sondern mit einem Normzuschlag auf den Fallkosten abgegolten werden

#### **4. Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen**

##### **4.1 Vorgaben des Bundes**

Die Tarifpartner haben gemäss Art. 49 Abs. 2 KVG gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation einzusetzen, der die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie Anpassung und Pflege der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen obliegt.

Der dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreitende Tarifvertrag muss gemäss Art. 59d Abs. 1 KVV die einheitliche Tarifstruktur und die Anwendungsmodalitäten des Tarifs beinhalten. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung haben die Tarifpartner namentlich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) die Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethode:
- b) die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifanwendung;
- c) die Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.

Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag gemäss Abs. 2 von Art. 59 KVV zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung beizulegen sind ergänzende Unterlagen über die Anforderungen, die die Spitäler erfüllen müssen, damit sie bei der Erarbeitung der Tarifstruktur einbezogen werden können.

Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags nach Artikel 59d muss dem Bundesrat gemäss den Schlussbestimmungen zur Änderung vom 22. Oktober 2008 spätestens am 30. Juni 2009 unterbreitet werden. Zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs muss dieser Tarifvertrag einen gemeinsa-

men Vorschlag der Tarifpartner über die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten. Dafür haben die Tarifpartner namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen zu vereinbaren.

#### **4.2 Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen**

Die Tarifpartner und die Kantone haben zur Erarbeitung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen am 18. Januar 2008 die gemeinnützige SwissDRG AG gegründet.

Das von SwissDRG AG erarbeitete Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen baut auf dem in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2005 eingeführten German DRG-System auf, bei dem medizinisch ähnliche Fälle zu kostenhomogenen Gruppen zusammengefasst und mit einer Pauschale entschädigt werden.

Auf 18. Juni 2010 hat der Bundesrat den von santésuisse, H+ Die Spitäler der Schweiz und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren unterzeichneten Tarifvertrag genehmigt. Im Beschlussdispositiv werden die Tarifpartner aufgefordert, die noch fehlenden Unterlagen betreffend Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung, Monitoring inklusive Korrekturmassnahmen und Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs bis zum 31. Dezember 2010 nachzureichen.

#### **4.3 Tarifsysteem für stationäre Rehabilitation, Psychiatrie und für stationäre Leistungen in Geburtshusern**

Die SwissDRG AG ist neben der Erarbeitung des Fallpauschalensystems SwissDRG ebenso zuständig für die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben nach Art. 49 KVG für die Pauschaltarifierung in der Rehabilitation, der Psychiatrie und den Geburtshusern. Zurzeit konzentrieren sich die Arbeiten auf diverse Pilotprojekte, in welche die SwissDRG AG nicht direkt involviert ist.

Der Bundesrat hat die Tarifpartner aufgefordert, ihm bis am 31. Dezember 2010 mitzuteilen, wie sie der Anforderung von leistungsbezogenen Pauschalen in den durch die Tarifstruktur SwissDRG 0.2 nicht abgedeckten Bereichen (z.B. Rehabilitation und Psychiatrie) nachkommen werden.

## **5. Auftrag Pfäffli betreffend die Einführung eines Innovationsartikels für die Akutspitäler im kantonalen Krankenpflegegesetz (KPG)**

Mit dem vom Grossen Rat in der Augustsession 2009 mit 90 zu 5 Stimmen überwiesenen Auftrag Pfäffli wird die Regierung beauftragt, das kantonale Krankenpflegegesetz durch einen Innovationsartikel für Akutspitäler zu ergänzen. Aufgrund der vergangenheitsbezogenen Finanzierung (Tarifberechnung basierend auf zwei Jahre alten Daten) entstehe immer dann eine Finanzierungslücke, wenn bei der Akutversorgung von Patienten Innovationen auf den Markt treten würden. Besonders deutlich zeige sich dieses Problem bei neuen Implantaten oder neuen Medikamenten, die ein Mehrfaches ihrer Vorgängerprodukte kosteten. Den Patienten und Hausärzten seien Neuerungen jeweils bestens bekannt. Von den Akutspitälern im Kanton werde deshalb erwartet, dass diese Innovationen auch unmittelbar den Bündner Patienten zu Gute kommen. Dies wiederum sei für die Akutspitäler in Graubünden mit hohen Mehrkosten verbunden. Würden die Akutspitäler in solchen Fällen ihre Patienten in eine ausserkantonale Institution überweisen, könnten diese Mehrkosten in den kantonalen Spitälern eingespart werden. In diesen Fällen müsste jedoch der Kanton nicht nur die durch Innovationen verursachten Mehrkosten automatisch übernehmen, vielmehr müsste er gleichzeitig auch noch die Kosten für die stationären ausserkantonalen Spitalaufenthalte finanzieren. Es sei entsprechend zu prüfen, ob und in welcher Form in das Krankenpflegegesetz eine Regelung aufgenommen werden könne, gemäss welcher der Kanton und/oder die Gemeinden die Finanzierung der Mehrkosten der neuen Methode ab Einführungszeitpunkt während längstens zweier Jahre ganz oder teilweise übernehmen könnten (GRP 2009 S. 714; 2009/2010 S. 204).

## **6. Entwicklung eines Modells zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Spital durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)**

Eine von der GDK im Herbst 2009 eingesetzte Arbeitsgruppe hat ein Modell zur Berechnung vergleichbarer Kosten in Spitälern erarbeitet. Der GDK-Vorstand hat am 15. April 2010 der Methode zur Berechnung der Fallkosten akutstationärer Leistungen als Basis für die weiteren Arbeiten zugestimmt. Er beauftragte das Zentralsekretariat, die Methode sowohl der Preisüberwachung als auch santésuisse und H+ vorzustellen zwecks Förderung der Akzeptanz und Etablierung eines gemeinsamen Verständnisses

betreffend Berechnung der Fallkosten. Weitere Arbeiten zur Verfeinerung und Vervollständigung der Berechnungsmethodik und zur Ausarbeitung eines Vorgehensvorschlages für Betriebsvergleiche (Benchmarking) sollen nach Möglichkeit bis Ende 2010 abgeschlossen werden.

## **II. Aktuelles kantonales Spitalfinanzierungssystem**

Die geltende Finanzierung der Spitäler und Kliniken durch den Kanton und die Gemeinden lässt sich in vier Kategorien einteilen.

### **1. Somatische Spitäler und Kliniken im Kanton**

#### **1.1 Betriebsbeiträge**

Bei den üblichen Spitälern (Art. 6 KPG) handelt sich um die elf folgenden Betriebe:

- Kantonsspital Graubünden in Chur
- Kreisspital Oberengadin in Samedan
- Spital der Landschaft Davos in Davos
- Regionalspital Surselva in Ilanz
- Krankenhaus Thusis in Thusis
- Ospidal d’Engiadina bassa in Scuol
- Regionalspital Prättigau in Schiers
- Kreisspital Surses in Savognin
- Ospedale San Sisto in Poschiavo
- Ospedale Asilo della Bregaglia in Promontogno
- Ospidal Val Müstair in Sta. Maria V.M.

Die Betriebsbeiträge des Kantons und der Gemeinden an die üblichen Spitäler im Kanton Graubünden setzen sich gemäss Art. 18 Abs. 1 KPG aus vier verschiedenen Beitragsarten zusammen:

- Beiträge an die medizinischen Leistungen
- Beiträge an das Rettungswesen
- Beiträge an Lehre und Forschung
- Beiträge an das Bereitschaftswesen des stationären Bereichs

### *Beiträge an die medizinischen Leistungen (Art. 18 Abs. 3, Art. 18b und Art. 18c KPG)*

Die fallschwerebezogenen Beiträge an die medizinischen Leistungen bilden den Hauptteil der Betriebsbeiträge. Entsprechend Art. 4 Abs. 1 VOzKPG werden Beiträge für zwei Patientengruppen ausbezahlt: Für Patienten mit Wohnsitz in Graubünden, deren Behandlung entweder gemäss KVG, UVG, IVG oder MVG finanziert wird, sowie für allgemeinversicherte UVG-Patienten mit Wohnsitz in der Schweiz. Für ausserkantonale KVG-Patienten, für Patienten auf der Halbprivat- und Privatabteilung sowie für Selbstzahler wird auf dem Beitrag des Kantons ein Abzug vorgenommen.

Der Beitrag des Kantons für die medizinischen Leistungen beträgt beim Kantonsspital Graubünden 90 Prozent und bei den Regionalspitälern 85 Prozent der Beiträge des Kantons und der Gemeinden an den anerkannten Fallaufwand.

### *Beiträge an das Rettungswesen (Art. 18d KPG)*

Mit dem vom Grossen Rat bewilligten Gesamtkredit des Kantons an das Rettungswesen werden primär die ungedeckten Kosten der Kranken- und Notfalltransportdienste der Spitäler gedeckt. Ausserdem werden Beiträge für ungedeckte Bereitschaftseinsätze (z.B. bei Feuerwehreinsätzen) sowie zur Finanzierung der Kosten von gemeinsamen Übungen mit Partnerorganisationen (Feuerwehr, Polizei, Zivilschutz etc.) und Beiträge an die Einsatzleitungen für Grossereignisse ausgerichtet.

### *Beiträge an die Lehre und Forschung (Art. 18e KPG)*

Gemäss dem altrechtlichen Art. 49 Abs. 1 KVG bilden die Kosten der Lehre und Forschung nicht Teil der für die Tarifberechnung anrechenbaren Kosten. Gestützt auf diese Bestimmung müssen sämtliche Aus- und Weiterbildungskosten der Spitäler bei der Ermittlung der anrechenbaren Kosten ausgeschieden werden. Die Beiträge des Kantons an die Aus- und Weiterbildungskosten der Spitäler werden auf Grundlage der im Rahmen der Krankenhausstatistik erhobenen Mitarbeiterdaten und einer Kosten-/Nutzenberechnung pro Spital festgelegt.

### *Beiträge an das Bereitschaftswesen (Art. 18f KPG)*

Alle Spitäler haben gemäss Art. 19 des Gesundheitsgesetzes (BR 500.000) eine 24-Stunden-Bereitschaft aufrechtzuerhalten und dementsprechende Fixkosten im Bereitschaftswesen. In den Spitälern mit einer grösseren Bevölkerung in der Spitalregion oder in solchen mit einem hohen Anteil an Privat- und Halbprivatpatienten können die daraus

anfallenden Kosten durch die Einnahmen aus dem Ambulatorium und aus dem überobligatorischen Bereich gedeckt werden. Dies ist den Spitälern mit einer geringeren Bevölkerung oder mit einem geringen Anteil Privat- und Halbprivatpatienten aufgrund der geringen Anzahl anfallender Fälle im Ambulatorium und im überobligatorischen Bereich weniger gut möglich. Gemäss Art. 18a Abs. 2 KPG beträgt der Gesamtkredit für die Beiträge an das Bereitschaftswesen des stationären Bereichs 35 Prozent der Abzüge des Vorvorjahres für ausserkantonale Patienten, Halbprivat- und Privatpatienten sowie Selbstzahler.

## **1.2 Investitionsbeiträge**

Der Kanton leistet gemäss Art. 12 KPG den Regionalspitälern einen Beitrag von 50 Prozent an die Investitionen, dem Kantonsspital Graubünden einen solchen von 75 Prozent. Für im überregionalen Interesse liegende Investitionen kann der Grosse Rat den Beitragssatz bis auf 90 Prozent erhöhen.

Die Regierung legt nach Art. 11 Abs. 3 gestützt auf den vom Grossen Rat bewilligten Gesamtkredit insbesondere unter Berücksichtigung der stationären Fälle und der mittleren Fallschwere der letzten Jahre sowie des in Art. 12 Abs. 1 KPG festgelegten Beitragssatzes jährlich im Voraus die Investitionsbeiträge pro Spital pauschal fest.

## **1.3 Privatkliniken und Geburtshaus**

Aktuell werden im Kanton Graubünden vier Privatkliniken und ein Geburtshaus betrieben:

- Klink Gut mit Standorten in St. Moritz und Chur (Akutspitäler)
- Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Akut- und Rehabilitationsklinik)
- Tgea Sulegl in Andeer (Rehabilitationsklinik)
- Rehabilitationszentrum Seewis
- Geburtshaus Graubünden in Jenins

Die Privatkliniken und das Geburtshaus erhalten momentan weder Betriebs- noch Investitionsbeiträge des Kantons.

## **2. Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR)**

Die ungedeckten Kosten der engeren Betriebsrechnung der PDGR für die stationäre und ergänzende ambulante psychiatrische Versorgung von Erwachsenen werden gemäss Art. 18g KPG zu 100 Prozent vom Kanton übernommen.

Ein allfälliges verbleibendes Defizit der weiteren Rechnung der PDGR wird gemäss Art. 15 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste und Wohnheime für psychisch behinderte Menschen des Kantons Graubünden (Psychiatrie-Organisationsgesetz, POG; BR 500.900) vom Kanton in seiner Funktion als Träger der PDGR übernommen.

Gemäss Art. 12 Abs. 3 KPG leistet der Kanton Investitionsbeiträge für die Anschaffung medizinischer Apparate und andere betriebliche Einrichtungen. Die Immobilien, die sich im Besitz des Kantons befinden, werden gestützt auf Art. 15 Abs. 2 POG den PDGR gegen Miete zur Verfügung gestellt.

Der Bereich Wohnheime und Arbeitsstätten wird gestützt auf die Behindertengesetzgebung finanziert. Er wird von der neuen Spitalfinanzierung nicht tangiert.

## **3. Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP Graubünden)**

Der Kanton übernimmt gemäss Art. 45 KPG 100 Prozent des Defizites der engeren Betriebsrechnung der KJP Graubünden.

Für Investitionsbeiträge beträgt der Beitragssatz gemäss Art. 44 Abs. 2 KPG ebenfalls 100 Prozent.

## **4. Ausserkantonale Spitäler und Kliniken**

Gemäss altrechtlichem, bis zur Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung am 1. Januar 2012 geltendem Art. 41 Abs. 3 KVG hat der Wohnsitzkanton eines Patienten bei einer in einem ausserkantonalen Spital im Notfall sowie bei Nichtverfügbarkeit der medizinischen Leistung im Heimkanton (nur mit Kostengutsprache) erfolgten stationären medizinischen Behandlung die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons zu übernehmen.

Ein Spezialfall ist die Grundversorgung der Bevölkerung des Misox und des Calancants. Diese wird im Auftrag des Kantons Graubünden durch die Ente Ospidaliere Canto-

nale (EOC) primär im Ospedale San Giovanni in Bellinzona erbracht. Gemäss der Vereinbarung mit der EOC erfolgt schon heute die Finanzierung via fallschweregewichteten Fallpauschalen einschliesslich eines Investitionsanteils. Die anfallenden Kosten für die öffentliche Hand werden im Verhältnis 80 zu 20 Prozent auf Kanton und Region verteilt.

### **III. Umsetzung der Vorgaben des Bundes zur Spitalfinanzierung im Kanton**

#### **1. Beiträge der öffentlichen Hand an die Leistungserbringer**

Die vom Departement vorgesehene Umsetzung der Vorgaben des Bundes zur Spitalfinanzierung sieht folgende Beiträge der öffentlichen Hand an die Leistungserbringer vor:

##### **1.1 Spitäler und Geburtshäuser**

- Alle auf einer Spitalliste aufgeführten Spitäler und Geburtshäuser erhalten Beiträge für stationäre KVG-Pflichtleistungen.

Gemäss dem geänderten KVG haben alle auf einer Spitalliste eines Kantons aufgeführten Spitäler und Geburtshäuser für stationäre KVG-Pflichtleistungen Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand.

##### **1.2 Öffentliche Spitäler**

- Die öffentlichen Spitäler, die Psychiatrischen Dienste Graubünden und die anerkannten Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie erhalten zusätzlich Beiträge
  - für von der Regierung als beitragsberechtigt bezeichnete UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen und
  - für von ihr versorgungspolitisch als sinnvoll anerkannte ambulante KVG-, UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen,  
sofern die Patienten beziehungsweise deren Versicherer für diese Leistungen aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder eines letztinstanzlichen Tarifentscheides keinen betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen.
  - für den Notfall und Krankentransportdienst
  - für universitäre Lehre und Forschung
  - für gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die vorstehend aufgelisteten Beiträge der öffentlichen Hand sind vom KVG nicht vorgegeben.

Grundsätzlich werden die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu 100 Prozent von der öffentlichen Hand und den Versicherern gedeckt. In anderen Versicherungszweigen sollte der Finanzierungsanteil der Versicherer zwar 100 Prozent betragen, erreicht aber diesen Kostendeckungsgrad teilweise nicht. So liegt der durchschnittliche Deckungsgrad bei der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung (UV, IV, MV) bei rund 80 Prozent. Aber selbst im Bereich der ambulanten KVG-Pflichtleistungen sind Fälle denkbar, wo der festgelegte Taxpunktwert keine Kostendeckung garantiert.

Damit defizitäre, aus Sicht einer dezentralen und bevölkerungsnahen medizinischen Versorgung sinnvolle Leistungen im Rahmen des neuen Spitalfinanzierungssystems erbracht werden, hat die öffentliche Hand für die fehlenden Mittel aufzukommen. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass die Spitalversorgung eine öffentliche Aufgabe ist. Auf die entsprechenden Beiträge besteht kein Rechtsanspruch. Sie werden in Form von leistungsbezogenen Pauschalen und nur unter der Voraussetzung einer wirtschaftlichen Betriebsführung gewährt.

Die vorstehend aufgelisteten Beiträge sollen nur den öffentlichen Spitälern, den Psychiatrischen Diensten Graubünden und der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden ausgerichtet werden. Privatspitäler haben es in der Hand, nicht kostendeckende Leistungen nicht zu erbringen.

- Die vom Kanton und den Gemeinden den öffentlichen Spitälern in den letzten 20 Jahren geleisteten Investitionsbeiträge werden auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Spitalfinanzierung anteilmässig zum Zeitwert in eine Darlehensverpflichtung des Spitals gegenüber dem Kanton und den Gemeinden umgewandelt.

Die Umwandlung der Investitionsbeiträge in Darlehen ist notwendig, um zu verhindern, dass bei einem Normzuschlag auf den Fallkosten zur Abgeltung der Anlage- und Nutzungskosten (vgl. Kap. I Ziff. 3.2) die bestehenden Investitionen den Spitälern doppelt finanziert werden, einerseits über die vom Kanton und von den Gemeinden geleisteten Beiträge und andererseits über die Fallpauschalen. Durch die Umwandlung werden zudem unterschiedliche Sanierungszustände der öffentli-

chen Spitäler ausgeglichen, womit eine Gleichbehandlung der öffentlichen Spitäler gewährleistet ist

- Beitragskürzungen des Kantons wegen Übertretung der Hospitalisationsrate in der Spitalregion gehen neu nicht mehr zu Lasten des öffentlichen Spitals der Spitalregion, sondern zu Lasten der Gemeinden der Spitalregion.

Diese Änderung ist einerseits notwendig, da eine Beitragskürzung dazu führen könnte, dass der Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Vergütungen unter den im KVG vorgeschriebenen Mindestbeitragssatz von 55 Prozent zu liegen kommen könnte und andererseits, da Überschreitungen der Hospitalisationsrate in aller Regel nicht durch das Regionalspital zu verantworten sind, sondern durch die Einwohner der Spitalregion.

- Die Abgaben der öffentlichen Spitäler auf den Einnahmen aus der stationären Behandlung von zusatzversicherten und ausserkantonalen Patienten an den Kanton werden aufgehoben.

Die Weiterführung der Abgabepflicht der öffentlichen Spitäler würde diese im neuen Finanzierungssystem gegenüber den Privatspitälern und den ausserkantonalen Spitälern benachteiligen.

## **2. Aufteilung der Beiträge der öffentlichen Hand zwischen Kanton und Gemeinden**

Das vom Departement vorgesehene Finanzierungssystem geht davon aus, dass für bestimmte Beiträge der Kanton und die Gemeinden aufkommen, während andere Beiträge entweder allein durch den Kanton oder durch die Gemeinden zu finanzieren sind.

### **2.1 Kanton und Gemeinden**

- Der Kanton und die Gemeinden leisten anteilmässig Beiträge an:
  - sich auf einer Spitalliste befindende Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser
    - für stationäre KVG-Pflichtleistungen;
  - die öffentlichen Spitäler, die Psychiatrischen Dienste Graubünden und die anerkannten Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- für stationäre UVG-, IVG- und MVG Pflichtleistungen
- für ambulante KVG-, UVG-, IVG und MVG-Pflichtleistungen

für welche die Patienten beziehungsweise die Krankenversicherer aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder eines letztinstanzlichen Tarifentscheides nicht einen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen. Der Kanton legt das beitragsberechtigte Angebot in einer Vereinbarung mit der Einrichtung fest.

Neu sind alle Spitäler, welche auf einer Spitalliste aufgeführt sind, beitragsberechtigt und steht den Patienten die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz zu. Um Steuerungsmechanismen der Gemeinden in Richtung der Privatspitäler und der ausserkantonalen Spitäler zu vermeiden, haben sich die Gemeinden neu bei allen beitragsberechtigten Spitälern und Kliniken am Beitrag der öffentlichen Hand an den zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen zu beteiligen.

- Die bisherigen Investitionsbeiträge des Kantons und der Gemeinden entfallen. Sie werden durch einen Zuschlag auf den Fallpauschalen ersetzt.

Die Änderung der Finanzierung der Investitionen ist durch das KVG bedingt. Neu erhalten im Sinne der Gleichbehandlung aufgrund des Bundesrechts auch die sich auf einer Spitalliste befindenden Privatspitäler und die Geburtshäuser über die Fallpauschalen Beiträge der öffentlichen Hand an die Investitionen.

- Die prozentuale Beteiligung des Kantons und der Gemeinden am Anteil der öffentlichen Hand an den Fallpauschalen ist neu für alle Spitäler gleich.

Um Steuerungsmechanismen der Gemeinden in Richtung des Zentrumsspitals oder der ausserkantonalen Spitäler und umgekehrt des Kantons zu vermeiden, soll neu die Aufteilung des Anteils der öffentlichen Hand an den Pauschalen zwischen Kanton und Gemeinden beim Kantonsspital Graubünden und den anderen öffentlichen Spitälern wie auch bei den übrigen beitragsberechtigten Institutionen identisch sein.

Da diese Pauschalen auch die Abgeltung der Investitionskosten beinhalten, ist gemäss der Modellrechnung (siehe Kapitel IV. Ziffer 1.7) der Gemeindeanteil auf 13 Prozent des von der öffentlichen Hand zu übernehmenden Betrages der Fall-

pauschale festzulegen, wenn die auf Grund der neuen Spitalfinanzierung anfallenden Mehrkosten für die öffentliche Hand gemäss den geltenden Beitragssätzen für Betriebs- und Investitionsbeiträge auf den Kanton und die Gemeinden aufgeteilt werden.

Ein allfälliges Defizit der öffentlich subventionierten Spitäler ist wie bisher von den Trägerschaften der Spitäler zusammen mit den Gemeinden der Spitalregion zu übernehmen.

## **2.2 Gemeinden**

Gegenüber der geltenden Regelung sieht die neu vorgesehene Regelung in Bezug auf die finanzielle Beteiligung der Gemeinden folgende Änderung vor:

- Der von den Gemeinden zu leistende Anteil an den Vergütungen für stationäre KVG-, UVG-, IVG und MVG Leistungen wird im Gesetz festgeschrieben.

Die Umsetzung der vom KVG vorgeschriebenen leistungsbezogenen Finanzierung der Spitäler und anderer Einrichtungen bedingt, dass der von den Gemeinden zu leistende Anteil wie derjenige des Kantons im Gesetz festgeschrieben wird

- Die Gemeinden haben sich neu auch bei sich auf einer Spitalliste befindenden ausserkantonalen Spitälern, bei inner- und ausserkantonalen Kliniken (Akut-, Rehabilitationskliniken und Psychiatrischen Kliniken) an den Vergütungen für stationäre KVG-, UVG-, IVG und MVG Leistungen zu beteiligen.

Bei einem leistungsbezogenen Finanzierungssystem ist es sachgerecht, wenn sich die Beteiligung der Gemeinden am Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Vergütungen auf alle Leistungserbringer erstreckt. Damit sind zudem weder der Kanton noch die Gemeinden versucht, Einfluss auf die Wahl des Leistungserbringers durch den Patienten oder die Patientin zu nehmen.

- Die Gemeinden tragen neu allein die Kosten der im Interesse der Spitalregion liegenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen der öffentlichen Spitäler.

Soweit die Spitäler gemeinwirtschaftliche Leistungen erbringen, die im Interesse der Spitalregion liegen, ist es sachgerecht, wenn die Gemeinden der Spitalregion für die hierfür anfallenden ungedeckten Kosten aufkommen. Das beitragsberechtig-

te Leistungsangebot ist zwischen den Gemeinden und dem öffentlichen Spital der Spitalregion zu vereinbaren. Die Gemeinden haben es somit in der Hand, Einfluss auf die anfallenden Kosten zu nehmen.

- Für die Finanzierung der ungedeckten Betriebs- und Investitionskosten der Notfall- und Krankentransportdienste der öffentlichen Spitäler sind neu ausschliesslich die Gemeinden zuständig.

Die einzelnen Spitalregionen sind sowohl von der Topographie wie auch von der Siedlungsstruktur und der Bevölkerungsdichte sehr unterschiedlich. Diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen bringen es mit sich, dass der Notfall- und Krankentransportdienst der Spitäler entsprechend den Gegebenheiten der Spitalregion differenziert auszugestaltet ist. Die Gemeinden der Spitalregion sind mit den Gegebenheiten vor Ort besser vertraut als der Kanton und damit auch prädestiniert, in Kenntnis der finanziellen Konsequenzen darüber zu befinden, wie der Notfall- und Krankentransportdienst ihres Spitals ausgestaltet werden soll.

- Die Gemeinden beteiligen sich an den Investitionen nur noch mit 13 Prozent des Anteils der öffentlichen Hand an Vergütungen für stationäre KVG, UVG-, IVG und MVG-Pflichtleistungen.

Diese Änderung führt zu einer wesentlichen Entlastung der Gemeinden. Heute müssen sie sich mit Ausnahme der Gemeinde der Spitalregion Churer Rheintal mit 50 Prozent an den Investitionen beteiligen. Für die Gemeinden der Spitalregion Churer Rheintal beträgt der Beteiligungssatz 25 Prozent.

- Beitragskürzungen des Kantons wegen Überschreitung der Hospitalisationsrate in der Spitalregion gehen neu nicht mehr zu Lasten des öffentlichen Spitals der Spitalregion, sondern zu Lasten der Gemeinden der Spitalregion.

Überschreitungen der Hospitalisationsraten sind in aller Regel nicht durch das Regionalspital zu verantworten, sondern durch die Einwohner der Spitalregion. Entsprechend soll auch die Spitalregion die Folge der Überschreitung der Hospitalisationsrate zu tragen haben.

### **2.3 Kanton**

Gegenüber der geltenden Regelung sieht die neu vorgesehene Regelung in Bezug auf die finanzielle Beteiligung des Kantons folgende Änderung vor:

- Der Kanton leistet neu Beiträge an die innerkantonalen privaten Spitäler und Kliniken für stationäre KVG-Pflichtleistungen.

Diese Änderung ist durch das KVG bedingt.

- Der Kanton trägt die Kosten von im kantonalen Interesse liegenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Zu den im kantonalen Interesse liegenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Psychiatrischen Dienste Graubünden und der anerkannten Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch die im Interesse des Kantons erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen der öffentlichen Spitäler.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen, welche für den ganzen Kanton erbracht werden, sind auch von diesem zu finanzieren (z.B. Einrichtung spezieller Zimmer zur Behandlung von Patienten mit hochgradig übertragbaren Krankheiten, wie die Infektionskrankheit SARS). Es ist davon auszugehen, dass auch ausserkantonale Spitäler welche auf der Spitalliste des Kantons Graubünden zur Sicherstellung der Versorgung der Bündner Bevölkerung aufgeführt sind, Anrecht auf Beiträge an gemeinwirtschaftliche Leistungen haben (z.B. Betten für Schwerstverbrennungen im Universitätsspital Zürich).

- Der Kanton trägt die Kosten von Verträgen mit ausserkantonalen Spitälern zur Sicherstellung der Versorgung.

Es muss davon ausgegangen werden, dass sich der Kanton auch an den Vorhaltekapazitäten ausserkantonomer Spitäler beteiligen muss, welche er zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung seiner Bevölkerung auf seine Spitalliste aufgenommen hat. Dies dürfte vor allem spitzenmedizinische Leistungen in Universitätsspitalern betreffen, wie z. B. Vorhaltekapazitäten für Schwerstverbrennungen.

- Während maximal zwei Jahren kann der Kanton durch die Tarifverträge nicht abgedeckte betriebswirtschaftlich notwendige Mehrkosten neuer wissenschaftlich allgemein anerkannter stationärer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finanzieren.

Mit dieser neuen Regelung wird der Auftrag Pfäffli betreffend die Einführung eines Innovationsartikels für die Akutspitäler im kantonalen Krankenpflegegesetz umgesetzt.

- Der Kanton kann kantonalen oder überregionalen Rettungsorganisationen ein Wartgeld gewähren.

Bei diesen Organisationen lässt sich eine Finanzierung der ungedeckten Aufwendungen über die Spitalregion nicht begründen, liegen deren Leistungen doch im kantonalen oder zumindest überregionalen Interesse.

- Der Kanton beteiligt sich an den Investitionen neu mit 87 Prozent des Anteils der öffentlichen Hand an den Vergütungen für stationäre KVG, UVG-, IVG und MVG - Pflichtleistungen.

Diese Änderung ist durch das KVG bedingt. Im Ergebnis entspricht diese Beteiligung in etwa über die Jahre gesehen den Aufwendungen des Kantons für Investitionsbeiträge an die Spitäler.

Die Übernahme der Kosten der Beiträge für die universitäre Lehre und die Forschung durch den Kanton wie auch die Beschränkung der Beiträge auf die öffentlichen Spitäler, die Psychiatrischen Dienste Graubünden und die anerkannten Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie entspricht der geltenden Regelung.

In der nachstehenden Abbildung wird die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung des Bundes im Bereich der stationären KVG-Leistungen im Kanton dargestellt.

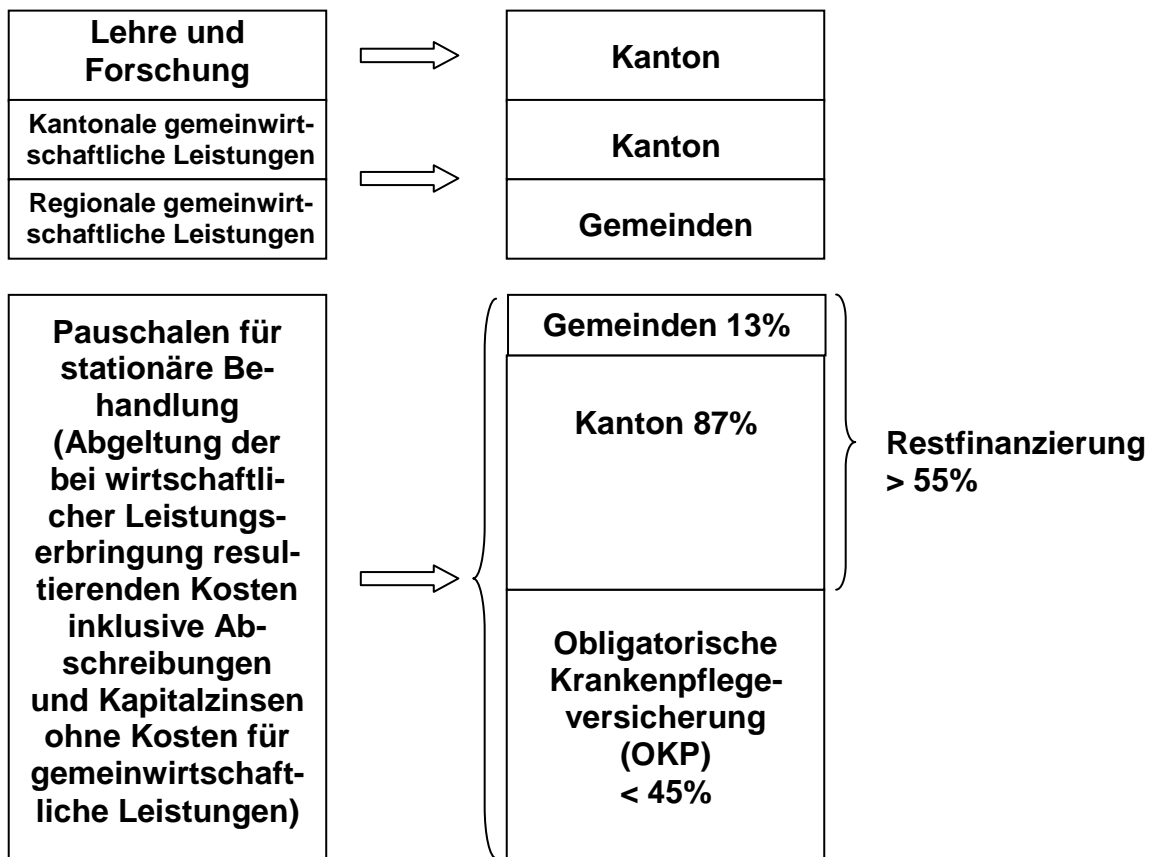


Abbildung 2: Finanzierung der stationären KVG-Leistungen im Kanton

## **IV. Finanzielle Auswirkungen**

### **1. Modellrechnung**

#### **1.1 Grundlagen und Annahmen der Modellrechnung**

Die Modellrechnung bezüglich Fallzahlen und Kostengewichten beruht auf den Daten des Jahres 2008. Der Grund liegt darin, dass für ausserkantonale Behandlungen von Bündner Patienten, die bisher nicht vom Kanton mitfinanziert wurden sondern aufgrund der Zusatzversicherung "Freie Spitalwahl Ganze Schweiz" von der Versicherung gedeckt wurden, als aktuellste Daten die Angaben des Jahres 2008 vorliegen. Ausserdem kann SwissDRG noch nicht zur Berechnung der konkreten Fallkosten verwendet werden, da eine Verknüpfung mit den Daten der medizinischen Statistik des Jahres 2008 nicht möglich ist. Aus diesem Grund findet APDRG mit der Kostengewichtsversion 5.1 (2008 relevante Version) Anwendung.

Um vergleichbare inner- und ausserkantonale Angaben über die behandelten Fälle, respektive über die aufgrund der Behandlung anfallenden Fallkosten zu verwenden, bildet für beide Bereiche die Carecube Datenbank des Bundesamts für Statistik, in welcher die Angaben der medizinischen Statistik einfließen, die Grundlage. Für diese Daten gilt eine andere Wiedereintrittsregelung als für das geltende Spitalfinanzierungssystem im Kanton. Deshalb ergeben sich geringfügig höhere Fallzahlen als im Beitragsjahr 2008.

Für die Beiträge des Kantons 2008 wurde der anerkannte standardisierte Fallaufwand, auf der Basis der Daten der Normallieger auf 9'710 Franken festgelegt. Da der bei SwissDRG massgebende CMI aller Fälle höher als der derzeit vom Kanton verwendete CMI der Normallieger ist, wird für die Modellrechnung eine reduzierte Baserate von 9'600 Franken verwendet. Die effektive Höhe der Baserate 2012 werden die Tarifpartner aushandeln.

Ebenfalls noch unbekannt ist die Höhe des Fallbeitrags an die Investitionen. Es werden Werte zwischen 5 und 15 Prozent diskutiert, wobei die häufigsten Schätzungen zwischen 10 und 15 Prozent liegen. Für die Modellrechnung wird deshalb ein Wert von 12 Prozent verwendet. Es ergibt sich also inklusive Investitionen eine Baserate von 10'752 Franken.

Ausserdem ist der Verteilschlüssel zwischen Krankenversicherern und öffentlicher Hand noch unbekannt. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt der leistungsbezogenen Pauschalen unter der schweizerischen Durchschnittsprämie für Erwachsene liegt, voraussichtlich auch Graubünden, können ihren Startvergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017, ab welchem der Kantonsanteil auch für diese Kantone mindestens 55 Prozent zu betragen hat, darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Inkraftsetzung höchstens zwei Prozentpunkte betragen. In der Modellrechnung wird der spätestens ab 2017 geltende minimale Anteil der Kantone von 55 Prozent verwendet, da die Verwendung eines tieferen Anteils zu nur kurzfristig gültigen Resultaten führen würde.

Für die Festlegung des Startverteilungsschlüssels der öffentlichen Hand, kann davon ausgegangen werden, dass dieser so festgelegt wird, dass die zu erwartende endgültige Mehrbelastung unter Ausnutzung der Übergangsfrist kontinuierlich erreicht wird.

Schliesslich wird als worst-case-scenario die Annahme getätigt, dass alle Spitäler in der Schweiz, welche Bündner Patienten behandeln, zumindest auf der Spitalliste ihres Sitzkantons aufgeführt werden, sodass alle Bündner KVG-Fälle von der öffentlichen Hand mitfinanziert werden, egal in welchem Spital in der Schweiz sie behandelt wurden.

## **1.2 Öffentliche Spitäler**

### **1.2.1 Fallbeiträge**

Gemäss den Angaben der Betriebe in der medizinischen Statistik wurden 2008 insgesamt 22'531 Austritte von Bündnern mit Kostenträger Krankenversicherung gezählt, die in Summe einem Kostengewicht von 20'239.31 entsprechen. Unter Anwendung der Baserate von 10'752 Franken ergeben sich Fallbeiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand von 217.61 Mio. Franken.

Der Anteil der öffentlichen Hand beträgt 119.69 Mio. Franken (55 Prozent). Davon werden 87 Prozent vom Kanton übernommen, was einem Beitrag von 104.13 Mio. Franken entspricht, aufgeteilt auf Betriebsbeiträge und Investitionsanteil ergeben sich 92.97 Mio. Franken und 11.16 Mio. Franken. Auf die Gemeinden entfallen 15.56 Mio. Franken, aufgeteilt auf Betriebsbeiträge und Investitionsanteil resultieren 13.89 Mio. Franken beziehungsweise 1.67 Mio. Franken.

Ausserdem wurden 2'907 Austritte von allgemeinversicherten UVG-, MV- und IV-Patienten und von zusatzversicherten Bündner UVG-, MV- und IV-Patienten gezählt, die in Summe einem Kostengewicht von 2'511.16 entsprechen. Unter Anwendung derselben Baserate ergeben sich Fallbeiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand von 27.00 Mio. Franken. Davon trägt die öffentliche Hand 20 Prozent. Unter Anwendung des Verteilschlüssels von 87 Prozent gehen 4.70 Mio. Franken zu Lasten des Kantons und 0.70 Mio. zu Lasten der Wohnsitzregionen.

Insgesamt entfallen auf den Kanton 108.83 Mio. Franken und auf die Gemeinden 16.26 Mio. Franken.

### **1.2.2 Beiträge an gemeinwirtschaftliche Leistungen**

Die Höhe der Kosten der kantonalen gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird in der Modellrechnung mit 2 Mio. Franken angenommen, die der regionalen gemeinwirtschaftlichen Leistungen mit 3 Mio. Franken.

### **1.2.3 Beiträge an die universitäre Lehre und die Forschung**

Im Gegensatz zur heutigen Regelung werden keine fallunabhängigen Beiträge an die Ausbildung des Pflegepersonals mehr ausgerichtet (Ausnahme: allfällige akademische Ausbildung im Pflegebereich). Primär fallen somit nur noch die Kosten der Ausbildung der Assistenzärzte und der Unterassistenzärzte an. Ausserdem können noch vereinzelt Kosten für andere akademische Ausbildungsplätze anfallen, so z.B. für Apotheker, die aber für die Modellrechnung vernachlässigbar sind.

Innerhalb der bisherigen Beiträge an Lehre und Forschung machen die Beiträge für Assistenzärzte und Unterassistenzärzte den Hauptteil aus. Es ergibt sich ein Beitrag des Kantons von rund 4 Mio. Franken.

### **1.3 Privatkliniken, Geburtshäuser und Rehabilitationskliniken**

Die privaten Betriebe im Kanton müssen für die Modellrechnung in zwei Bereiche (Akut/Rehabilitation) aufgeteilt werden, da für die Rehabilitationskliniken die von SwissDRG AG für die akutsomatischen Spitäler entwickelte Tarifstruktur nicht anwendbar ist. Die Clinica Holistica wird hier nicht aufgeführt. Da aber in ihr Fälle behandelt werden, die bis anhin in ausserkantonalen Betrieben behandelt wurden, fliessen die dadurch entstehenden Kosten bei diesen Betrieben in die Modellrechnung ein.

Die Klinik Gut und das Geburtshaus Graubünden werden entsprechend den öffentlich subventionierten Spitälern finanziert. Bei 911 Bündner KVG-Fällen und 467 beitragsberechtigten UVG-, MV- und IV-Fällen ergeben sich Beiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand von 11.51 Mio. Franken. Vom unter Anwendung der verschiedenen Sätze (KVG, UVG, MV und IV) resultierenden Anteil der öffentlichen Hand von 5.21 Mio. Franken entfallen 4.53 Mio. Franken auf den Kanton und 0.68 Mio. Franken auf die Gemeinden.

Die Rehabilitationskliniken werden bis zum Vorliegen eines neuen Finanzierungssystems weiterhin mit Tagespauschalen finanziert werden. Die bisherigen Tagespauschalen in den Bündner Betrieben liegen zwischen 250 Franken und 380 Franken. Für die Modellrechnung wird ein Wert von 369.60 Franken (330 Franken plus 12 Prozent Investitionsanteil) verwendet. Die Fallbeiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand betragen insgesamt somit 6.13 Mio. Franken. Vom unter Anwendung der verschiedenen Sätze (KVG, UVG, MV und IV) resultierenden Anteil der öffentlichen Hand von 3.37 Mio. Franken entfallen auf den Kanton Kosten von 2.93 Mio. Franken und auf die Gemeinden 0.44 Mio. Franken.

#### **1.4 Psychiatrische Dienste Graubünden**

Für die psychiatrische Behandlung kann die von SwissDRG AG für die akutsomatischen Spitäler entwickelte Tarifstruktur ebenfalls nicht verwendet werden. Deshalb werden auch die PDGR bis zum Vorliegen eines fallschwereabhängigen Systems weiterhin mit Tagespauschalen finanziert. Die gültigen Tarife der Krankenversicherer mit einem Kostendeckungsgrad von 47 Prozent liegen zwischen 204 Franken und 231 Franken. Für die Modellrechnung wird ein einheitlicher Satz von 220 Franken verwendet. Auf 100 Prozent aufgerechnet entspricht dies einer Tagesbaserate von 458 Franken zuzüglich 12 Prozent Investitionsanteil einer solchen von 513 Franken.

Es ergeben sich Fallbeiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand von 28.31 Mio. Franken. Vom Anteil der öffentlichen Hand von 15.40 Mio. Franken entfallen 13.40 Mio. Franken auf den Kanton und 2.00 Mio. auf die Gemeinden.

Die Beiträge an gemeinwirtschaftliche Leistungen und an die universitäre Lehre und die Forschung werden auf 1.5 Mio. Franken geschätzt. Die Kosten beinhalten primär unverrechenbare Kosten der flächendeckenden ambulanten Versorgung im Kanton. Diese werden vollständig vom Kanton übernommen.

## **1.5 Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden**

Die Ausführungen zu fallschwerebezogenen Fallpauschalen in der Psychiatrie gelten auch für den KJP Graubünden, weshalb hier dieselben Tagespauschalen wie für die PDGR verwendet werden.

Insgesamt ergeben sich in der Modellrechnung Kosten bei Gesamtkosten von 0.81 Mio. Franken Beiträge der öffentlichen Hand von 0.45 Mio. Franken, davon zu Lasten des Kantons 0.39 Mio. Franken und zu Lasten der Gemeinden 0.06 Mio. Franken.

Die Beiträge an gemeinwirtschaftliche Leistungen und an die universitäre Lehre und die Forschung werden auf 1 Mio. Franken geschätzt. Die Kosten beinhalten primär unverrechenbare Kosten der ambulanten Versorgung im Kanton. Diese werden vollständig vom Kanton übernommen.

## **1.6 Ausserkantonale Spitäler und Kliniken**

Die ausserkantonalen Spitäler und Kliniken werden für diese Modellrechnung in drei Gruppen aufgeteilt: die akutsomatischen Spitäler und Kliniken, die Rehabilitationskliniken und die Psychiatrischen Kliniken.

### **1.6.1 Ausserkantonale akutsomatische Spitäler und Kliniken**

2008 wurden in 121 Spitälern und Kliniken 3'088 Austritte von Bündner KVG-Patienten vermeldet, die in Summe ein Kostengewicht von rund 4060 aufwiesen. Am meisten Bündner KVG-Patienten wurden im Ospedale San Giovanni in Bellinzona (Grundversorgung für das Misox und das Calancatal, 594 Austritte mit Kostengewicht 619) und im Universitätsspital Zürich (330 Austritte mit Kostengewicht 717) behandelt. Ebenfalls mehr als 100 Bündner KVG-Patienten wurden im Kantonsspital St. Gallen, in der Klinik Hirslanden in Zürich, in der Klinik im Park in Zürich, in der Schulthess-Klinik in Zürich und in den Betrieben der Spitalregion Rheintal, Werdenberg und Sarganserland behandelt. 78 Betriebe verzeichneten weniger als zehn Austritte von Bündner KVG-Patienten.

Unter der Annahme, dass die Bündner Baserate von 10'752 Franken Anwendung findet, ergeben sich bei Gesamtkosten von 43.65 Mio. Franken Fallbeiträge der öffentlichen Hand von insgesamt 24.01 Mio. Franken, wovon der Kanton 20.88 Mio. Franken und die Gemeinden 3.12 Mio. Franken übernehmen.

Für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird in der Modellrechnung ein Betrag von 2.00 Mio. Franken zu Lasten des Kantons angenommen.

### **1.6.2 Ausserkantonale Rehabilitationskliniken**

Die ausserkantonalen Rehabilitationskliniken werden in zwei Gruppen unterteilt, da in der Klinik Valens tendenziell komplexere Fälle rehabilitiert werden als in den anderen Rehabilitationskliniken. In der Klinik Valens wurden 399 Austritte von Bündner KVG-Patienten mit 10'779 Pflagetagen vermeldet. In den übrigen 26 ausserkantonalen Rehabilitationskliniken mit Bündner KVG-Patienten wurden 140 Austritte mit 3'430 Pflagetagen vermeldet.

Da in der Klinik Valens komplexere Fälle behandelt werden, würde die Verwendung der für die Bündner Rehabilitationskliniken verwendeten Tagespauschale von 369.60 Franken zu tiefe Werte ergeben. Auf Grundlage der geltenden Tarife der Klinik Valens ergibt sich ein mittlerer Wert von 500 Franken inklusive Investitionsanteil. Auf Basis dieses Wertes ergeben sich bei 10'779 Pflagetagen Beiträge der öffentlichen Hand von 2.96 Mio. Franken, wovon 2.57 Mio. Franken zu Lasten des Kantons und 0.39 Mio. Franken zu Lasten der Gemeinden.

Für die übrigen ausserkantonalen Rehabilitationskliniken wird für die Modellrechnung die Tagespauschale von 324.80 Franken verwendet. Es ergeben sich bei 3'430 Pflagetagen Beiträge der öffentlichen Hand von 0.61 Mio. Franken, wovon 0.53 Mio. Franken zu Lasten des Kantons und 0.08 Mio. Franken zu Lasten der Gemeinden gehen.

### **1.6.3 Ausserkantonale Psychiatrische Kliniken**

In 27 Betrieben wurden 143 Austritte von Bündner KVG-Patienten vermeldet, die insgesamt 5'613 Pflagetagen entsprechen. Unter Anwendung der für die PDGR und der KJP Graubünden verwendeten Tagesfallpauschale ergeben sich Kosten für die öffentliche Hand von 1.58 Mio. Franken, davon zu Lasten des Kantons 1.37 Mio. Franken und zu Lasten der Gemeinden 0.21 Mio. Franken.

## 1.7 Zusammenfassung

Nachfolgend wird die auf den Fallzahlen des Jahres 2008 beruhende Modellrechnung mit einer Baserate von 9'600 Franken (siehe Kap. IV. Ziff. 1.1) für die Beiträge des Kantons und der Gemeinden zusammengefasst und den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden gemäss der geltenden Spitalfinanzierung für das Jahr 2009 gegenübergestellt.

			Neue Spitalfinanzierung (Care Cube Falldaten 2008)					bisherige Spitalfinanzierung (Ist 2009)		
			Kanton	Wohnsitz- spitalregion	Trägerschaft	Total Gemeinden	Total öffentliche Hand	Kanton	Trägerschaft Gemeinden	Total öffentliche Hand
Graubünden	öffentlich somatisch	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	97'165'941	14'519'049	-	14'519'049	11'684'989			
		Investitionsanteil	11'659'913	1'742'286	-	1'742'286	1'340'219			
		Total Fallbeiträge	108'825'853	16'261'334	-	16'261'334	12'508'718	80'396'108	10'975'002	91'371'110
		Beiträge Lehre und Forschung	4'000'000	-	-	-	4'000'000	7'009'711	-	7'009'711
		Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen	2'000'000	-	3'000'000	3'000'000	5'000'000			
		Beiträge Bereitschaftswesen	-	-	-	-	-	3'260'000	-	3'260'000
		Beiträge Rettungswesen	-	-	658'000	658'000	658'000	658'000	-	658'000
	Investitionsbeiträge	-	-	-	-	-	24'500'000	13'074'916	37'574'916	
	Total Beiträge	114'825'853	16'261'334	3'658'000	19'261'334	134'745'188	115'823'819	24'049'918	139'873'737	
	Klinik Gut und Geburtshaus	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	4'044'752	604'388	-	604'388	4'649'140			
		Investitionsanteil	485'370	72'527	-	72'527	557'897			
		Total Fallbeiträge	4'530'122	676'915	-	676'915	5'207'036			
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-	-	-			
		Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen	-	-	-	-	-			
		Total Beiträge	4'530'122	676'915	-	676'915	5'207'036			
	Rehabilitation	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	2'618'809	391'316	-	391'316	3'010'125			
		Investitionsanteil	314'257	46'958	-	46'958	361'215			
		Total Fallbeiträge	2'933'066	438'274	-	438'274	3'371'340			
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-	-	-			
		Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen	-	-	-	-	-			
Total Beiträge	2'933'066	438'274	-	438'274	3'371'340					
PDGR	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	11'961'490	1'787'349	-	1'787'349	13'748'839				
	Investitionsanteil	1'435'379	214'482	-	214'482	1'649'861				
	Total Fallbeiträge	13'396'869	2'001'831	-	2'001'831	15'398'700				
	Beiträge Lehre und Forschung	300'000	-	-	-	300'000				
	Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen	1'200'000	-	-	-	1'200'000				
	Investitionsbeiträge	-	-	-	-	-	950'000	-	950'000	
	Defizitdeckung	-	-	-	-	-	15'502'838	-	15'502'838	
Total Beiträge	14'896'869	2'001'831	-	2'001'831	16'898'700	16'452'838	-	16'452'838		
K.J.P. Graubünden	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	346'481	51'773	-	51'773	398'254				
	Investitionsanteil	41'578	6'213	-	6'213	47'790				
	Total Fallbeiträge	388'059	57'986	-	57'986	446'044				
	Beiträge Lehre und Forschung	50'000	-	-	-	50'000				
	Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen	950'000	-	-	-	950'000				
	Defizitdeckung	-	-	-	-	-	1'484'896	-	1'484'896	
	Total Beiträge	1'388'059	57'986	-	57'986	1'446'044	1'484'896	-	1'484'896	
ausserkantonal	Akusomatik (bisher alle Ausser- kantonen)	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	18'646'926	2'786'322	-	2'786'322	21'433'248			
		Investitionsanteil	2'237'631	334'359	-	334'359	2'571'990			
		Total Fallbeiträge	20'884'557	3'120'681	-	3'120'681	24'005'238	19'141'605	660'868	19'802'474
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-	-	-			
		Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen	2'000'000	-	-	-	2'000'000			
	Total Beiträge	22'884'557	3'120'681	-	3'120'681	26'005'238	19'141'605	660'868	19'802'474	
	Valens	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	2'302'568	344'062	-	344'062	2'646'629			
		Investitionsanteil	276'308	41'287	-	41'287	317'596			
		Total Fallbeiträge	2'578'876	385'349	-	385'349	2'964'225			
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-	-	-			
		Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen	-	-	-	-	-			
	Total Beiträge	2'578'876	385'349	-	385'349	2'964'225				
	übrige REHA	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	475'964	71'121	-	71'121	547'085			
		Investitionsanteil	57'116	8'535	-	8'535	65'650			
		Total Fallbeiträge	533'080	79'656	-	79'656	612'735			
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-	-	-			
		Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen	-	-	-	-	-			
	Total Beiträge	533'080	79'656	-	79'656	612'735				
	Psychiatrie	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	1'230'106	183'809	-	183'809	1'413'915			
		Investitionsanteil	147'613	22'057	-	22'057	169'670			
Total Fallbeiträge		1'377'718	205'866	-	205'866	1'583'584				
Beiträge Lehre und Forschung		-	-	-	-	-				
Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen		-	-	-	-	-				
Total Beiträge	1'377'718	205'866	-	205'866	1'583'584					
Total Beiträge	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	138'793'035	20'739'189	-	20'739'189	159'532'224				
	Investitionsanteil	16'655'164	2'488'703	-	2'488'703	19'143'867				
	Total Fallbeiträge	155'448'199	23'227'892	-	23'227'892	178'676'091	99'537'713	11'635'870	111'173'584	
	Beiträge Lehre und Forschung	4'350'000	-	-	-	4'350'000	7'009'711	-	7'009'711	
	Beiträge gemeinwirtschaftliche Leistungen	6'150'000	-	3'000'000	3'000'000	9'150'000				
	Beiträge Bereitschaftswesen	-	-	-	-	-	3'260'000	-	3'260'000	
	Beiträge Rettungswesen	-	-	658'000	658'000	658'000	658'000	-	658'000	
	Investitionsbeiträge	-	-	-	-	-	24'500'000	13'074'916	37'574'916	
	Defizitdeckung	-	-	-	-	-	16'987'734	-	16'987'734	
	Total Beiträge	165'948'199	23'227'892	3'658'000	26'885'892	192'834'091	151'953'158	24'710'787	176'663'945	

*Abbildung 3: Zusammenfassung der Modellrechnungen für die einzelnen Leistungserbringerkategorien*

## **2. Kanton und Gemeinden**

In Summe steigt die Belastung der öffentlichen Hand um rund 16.17 Mio. Franken, da Privatspitäler im Kanton und ausserhalb des Kantons sowie ausserkantonale Spitäler, die sich auf der Spitalliste des Standortkantons befinden, neu beitragsberechtigt werden. Zusätzlich belastet werden sowohl der Kanton wie auch die Gemeinden.

## **3. Kanton**

Die finanzielle Belastung des Kantons nimmt gemäss der Modellrechnung von 151.95 Mio. Franken um rund 13.99 Mio. Franken auf 165.94 Mio. Franken zu.

## **4. Gemeinden**

Die finanzielle Belastung der Gemeinden nimmt gemäss der Modellrechnung von 24.71 Mio. Franken um rund 2.17 Mio. Franken auf 26.88 Mio. Franken zu.

## **5. Leistungserbringer**

Zu den finanziellen Auswirkungen auf die Leistungserbringer lässt sich leider keine detaillierte Aussage machen, weil der Kanton nicht über die dazu notwendigen Daten (unter anderem Einnahmen im Zusatzversicherungsbereich) verfügt. Generell lässt sich festhalten, dass Spitäler, welche unterdurchschnittliche Normfallkosten haben, von der neuen Regelung profitieren werden. Auch werden Spitäler mit einem hohen Anteil an zusatzversicherten Patienten vom neuen System profitieren, weil die Abgaben an den Kanton wegfallen.

## **6. Versicherer**

Die Mehrkosten für den Kanton und die Gemeinden fallen einerseits für ausserkantonale Hospitalisationen, welche bisher nur mit einer Zusatzversicherung ausserhalb des KVGs versichert werden konnten, und andererseits durch die Entlastung bei den bisher voll durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Kosten bei den innerkantonalen Privatspitälern an. Quantitative Aussagen zu den Auswirkungen auf die Krankenversicherer sind nicht möglich, weil der Kanton nicht über die dazu notwendigen Daten verfügt. Es muss davon ausgegangen werden, dass die neue Bundes-

regelung vor allem die Zusatzversicherer entlasten wird, während die Entlastung im KVG Bereich wegen des Einbezugs der Investitionskosten in die Pauschalen eher gering ausfallen wird.

## **V. Personelle Auswirkungen**

### **1. Leistungserbringer**

Für die allermeisten Leistungserbringer hat die neue Spitalfinanzierung keine wesentlichen Auswirkungen, weil die differenzierte Erfassung der Kosten- und Leistungsdaten bereits seit längerem Standard ist. Auch die Abrechnung mit Fallpauschalen ist bei den allermeisten Spitälern und Kliniken bereits seit längerem eingeführt.

### **2. Kanton**

Die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene bedingt einen erheblichen personellen Aufwand.

Dadurch dass alle auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler grundsätzlich beitragsberechtig sind und dem Kanton entsprechend Rechnung stellen werden, muss die Kontrolltätigkeit des Gesundheitsamtes auf wesentlich mehr Institutionen ausgedehnt werden als dies bisher der Fall war. Im Vordergrund wird dabei die Überprüfung der Fälle stehen, für die die Spitäler beitragsberechtig sind. Insbesondere bei den ausserkantonalen Hospitalisationen muss auf Grund der bisherigen Erfahrungen die Codierung wie auch die Herkunftsangabe zumindest stichprobenweise überprüft werden. Mit den beiden aktuell für die Spitäler zuständigen Controllern kann diese Aufgabe bei Beibehaltung der bisherigen Controllingqualität nicht geleistet werden. Um den anfallenden Mehraufwand bewältigen zu können, benötigt das Gesundheitsamt einen zusätzlichen Controller.

### **3. Gemeinden**

Alle beitragsberechtigten Spitäler werden ihre Daten dem Gesundheitsamt melden. Auf Grund dieser Daten wird das Gesundheitsamt die Rechnungen an die Spitalregionen respektive das Spital der Region erstellen. Die Spitalregionen respektive die Spitäler teilen die Sammelabrechnungen des Gesundheitsamtes gemäss dem in der Spitalregion festgelegten Schlüssel auf die Gemeinden auf und stellen diesen Rechnung. Gegenüber heute ergibt sich damit im Prinzip für die Gemeinden keine wesentliche Änderung.

## **VI. Notwendigkeit einer Teilrevision des Krankenpflegegesetzes**

Die Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 und der VKL vom 22. Oktober 2008 bedingt tiefgreifende Änderungen des kantonalen Rechts, welche bezüglich der Spitalfinanzierung im vorliegenden Entwurf zu einer Änderung des Krankenpflegegesetzes umgesetzt werden.

Die Vorgaben des Bundes bezüglich der Spitalplanung werden in einer separaten, später folgenden Vorlage zu einer weiteren Änderung des Krankenpflegegesetzes umgesetzt.

## **VII. Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen der Teilrevision**

### **Vorbemerkung**

Der mit dieser Botschaft vorgelegte Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes basiert auf den vom Grossen Rat am 26. August 2010 zur Umsetzung der Vorgaben des Bundes im Bereich der Pflegefinanzierung beschlossenen Änderungen.

Die Änderungen sind im Amtsblatt des Kantons Graubünden vom 9. September 2010 (S. 3442 ff) publiziert worden. Voraussichtlich treten sie am 1. Januar 2011 in Kraft.

### **Artikel 2**

Da neu alle beitragsberechtigten Institutionen einschliesslich die Psychiatrischen Dienste Graubünden in Art. 3 aufgeführt werden, kann dieser Artikel gestrichen werden.

Die Rechtsgrundlage für die Ausrichtung von Trägerschaftsbeiträgen des Kantons an die Psychiatrischen Dienste Graubünden findet sich im Gesetz über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste und Wohnheime für psychisch behinderte Menschen des Kantons Graubünden (Psychiatrie-Organisationsgesetz; BR 500.900).

### **Artikel 3**

Relevant für die Beitragsberechtigung eines Spitals beziehungsweise eines Geburtshauses ist neu auf Grund der geänderten Bestimmungen im KVG zur Spitalfinanzierung deren Aufführung auf einer Spitalliste (lit. a).

Gemäss Art. 36 des Krankenpflegegesetzes sind die Regionalspitäler entsprechend ihrem individuellen Leistungsauftrag in ihrer Region für einen leistungsfähigen Notfall- und Krankentransport auf der Strasse verantwortlich. Die Gemeinden der einzelnen Spitalregionen haben sich gemäss Art. 9 Abs. 3 Krankenpflegegesetz in zweckmässiger Weise zu organisieren. Sie haben es damit in der Hand, im Rahmen einer Leistungsvereinbarung die Standards der Ausgestaltung des Notfall- und Krankentransportdienstes ihrer Regionalspitäler zu bestimmen und damit Einfluss auf die Kosten zu nehmen. Der Notfall- und Krankentransport auf der Strasse ist somit künftig neu durch die Gemeinden zu finanzieren soweit die Aufwendungen nicht durch die Erträge gedeckt werden können.

Beiträge des Kantons sollen neu nur noch überregional oder kantonal tätige Rettungsorganisationen erhalten (z.B. Alpine Rettung Schweiz für Rettungsaktionen in unwegsamem Gelände, Bündner Ärzteverein für die Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung). Bei diesen Organisationen lässt sich eine Finanzierung der ungedeckten Aufwendungen über die Spitalregionen nicht begründen (lit. f).

Die Psychiatrischen Dienste Graubünden wurden bisher in Art. 2 erwähnt und werden neu im Sinne der Transparenz ebenfalls in Artikel 3 aufgeführt. (lit. g). Entsprechend ist auch die Marginale zu ändern.

Abs. 3 entspricht dem bisherigen Abs. 4, die bisherigen Abs. 3 und 5 werden aus systematischen Überlegungen in Art. 4 integriert.

#### **Artikel 4**

Die bisher in Art. 3 Abs. 3 und Abs. 5 enthaltenen Vorgaben zu den von den beitragsberechtigten Institutionen einzureichenden Daten werden neu in Art. 4 aufgeführt.

Der bisherige Artikel 4 wird ersatzlos gestrichen. Die darin beschriebene Tätigkeit der Regierung ist selbstredend und braucht nicht auf Gesetzesstufe festgeschrieben zu werden.

#### **Artikel 5**

Die in den letzten Jahren erfolgten Gemeindefusionen werden in der Zuordnung der Gemeinden zu den Spitalregionen nachgeführt.

#### **Artikel 6**

Das beitragsberechtigte Angebot ist auf Grund der Vorgaben des KVG für alle Spitäler in der Spitalliste festzulegen. Die bisher im Krankenpflegegesetz enthaltene und sich auf den Leistungsauftrag auswirkende Spitaltypeneinteilung der Regionalspitäler und des Kantonsspitals Graubünden wird damit hinfällig.

Da vorgesehen ist, die Regionalspitäler und das Kantonsspital Graubünden hinsichtlich der Beiträge des Kantons und der Gemeinden im verbleibenden Handlungsspielraum gegenüber den Privatspitälern unterschiedlich zu behandeln, werden erstere in dieser Bestimmung als öffentliche Spitäler definiert. Damit kann in den nachfolgenden Bestimmungen dieser Begriff statt der umständlichen Bezeichnung "das Kantonsspital Graubünden und die Regionalspitäler" verwendet werden.

## **Artikel 6a**

Das beitragsberechtigte Angebot ist neu auf Grund der Vorgaben des KVG für alle Spitäler von der Regierung in der Spitalliste festzulegen. Der bisherige Anhang zum KPG wird damit obsolet (Abs. 1).

Gemäss den Eckpunkten der kantonalen Spitalfinanzierung leisten der Kanton und die Gemeinden den öffentlichen Spitälern Beiträge für UVG-, IVG und MVG-Pflichtleistungen und für versorgungspolitisch als sinnvoll anerkannte ambulante KVG-, UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen, für welche die Patienten beziehungsweise deren Versicherer aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder eines letztinstanzlichen Tarifentscheides keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen. Der Kanton leistet zudem den öffentlichen Spitälern Beiträge für die universitäre Lehre und die Forschung und für im kantonalen Interesse liegende gemeinwirtschaftliche Leistungen.

Die beitragsberechtigten Leistungen legt zweckmässigerweise die Regierung fest. Im Sinne der Dokumentation der gegenseitigen Verständigung über die beitragsberechtigten Leistungen sind diese von der Regierung in einer Leistungsvereinbarung mit dem betreffenden Spital festzuschreiben (Abs. 2).

Die Spitalregionen haben für die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Aufgaben ebenfalls eine Leistungsvereinbarung mit dem öffentlichen Spital ihrer Region abzuschliessen (Abs. 3). Es geht dabei insbesondere um im Interesse der Spitalregion liegende gemeinwirtschaftliche Leistungen und um den Notfall- und Krankentransportdienst in der Spitalregion.

Es muss davon ausgegangen werden, dass die öffentlichen Spitäler im Kanton nicht den gesamten Versorgungsauftrag übernehmen können. Insbesondere im Bereich der Spitzenmedizin muss die Regierung deshalb die Möglichkeit haben, mit ausserkantonalen Kliniken Leistungsvereinbarungen zur Sicherstellung der Versorgung abzuschliessen (Abs. 4).

## **Artikel 8**

Da die Investitionsbeiträge neu in den Fallpauschalen enthalten sind, wird dieser Artikel obsolet.

## **Artikel 9 Abs. 1 und 2**

Da die Beiträge der Gemeinden in den Art. 18f umfassend geregelt werden, sind Abs. 1 und 2 nicht mehr notwendig. Entsprechend ist die Marginalie anzupassen.

## **Artikel 10 Abs. 4**

Dieser Absatz kann aufgehoben werden, weil die gemäss KVG von den Krankenversicherern und den Kantonen zu entrichtenden Pauschalen die Investitionsbeiträge mit enthalten. Im Übrigen wird auf die Begründung zu den Übergangsbestimmungen von Art. 49a verwiesen.

## **Artikel 11**

Investitionen der Spitäler werden grundsätzlich durch die Fallbeiträge gemäss KVG finanziert. Die Absätze 2, 4 und 5 sowie der erste Satz von Absatz 3 sind entsprechend aufzuheben. Der Kanton gewährt neu nurmehr Beiträge für Investitionen, die zur Erbringung von im kantonalen Interesse liegenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen notwendig sind und die nicht über die Pauschalen abgegolten werden.

## **Artikel 11a**

Da neu die Investitionsbeiträge grundsätzlich in den Pauschalen enthalten sind, kann das Kriterium für das Genehmigungserfordernis für die Anschaffung, das Leasing oder die Miete von medizinischen Apparaten nicht mehr die Höhe der Investitionsbeiträge des Kantons bilden. Massgebend ist neu die Höhe des Kantonsbeitrages an die KVG-Pflichtleistungen des Spitals (Abs. 1).

Wie bei den Eckpunkten ausgeführt, kann das Spital bei einer Anschaffung, einem Leasing oder einer Miete von medizinischen Apparaten ohne Genehmigung des Departementes nicht mehr durch eine Kürzung des Kantonsbeitrages sanktioniert werden, da diesfalls der Kantonsbeitrag unterhalb des in Art. 49a Abs. 2 KVG festgelegten Mindestanteils fallen könnte. Als Sanktion wird entsprechend eine Erhöhung des Anteils der Gemeinden an dem von der öffentlichen Hand zu übernehmenden Anteil an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern vereinbarten Vergütungen an die medizinischen Leistungen vorgesehen. Die Gemeinden haben es durch ihre Vertreter in den Spitalgremien in der Hand, die Anschaffung, das Leasing oder die Miete von medizinischen Apparaten durch das Spital ohne Genehmigung des Departementes zu verhindern (Abs. 2).

## **Artikel 12**

In diesem Artikel werden die Gemeinden verpflichtet, für die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Bereiche (Festlegung der vom Spital zu erbringenden regionalen gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Festlegung der Ausgestaltung des Notfall- und Krankentransportdienstes in der Region) Investitionsbeiträge an das öffentliche Spital ihrer Region zu leisten.

## **Artikel 13**

Analog zu der vom Grossen Rat in der Augustsession 2010 im Rahmen der Behandlung der Vorlage der Regierung zur Teilrevision des Krankenpflegegesetzes zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch den Bund vorgenommenen Streichung von Art. 21b Abs. 6 für den Pflegeheimbereich wird der entsprechende Artikel auch für den Spitalbereich aufgehoben.

## **Artikel 16**

Dieser Artikel entspricht der bisher in Art. 18a Abs. 1 lit. a enthaltenen Regelung.

## **Artikel 17**

Im KVG wird in den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 festgelegt, dass nach einer Übergangsfrist von fünf Jahren der Anteil des Kantons (und der Trägerschaft) an den Fallbeiträgen mindestens 55 Prozent zu betragen hat. Die Regierung hat diesen Anteil jeweils bis Ende März des Vorjahrs festzulegen (Art. 49a Abs. 2 KVG).

## **Artikel 18**

In diesem Artikel wird festgelegt, welche Spitäler für welche Leistungen Beiträge des Kantons und der Gemeinden erhalten. Der Beitragssatz des Kantons wird neu in Art. 18a Abs. 1, 3 und 4 festgelegt. Der bisherige Abs. 2 ist entsprechend zu streichen. Da die Abgabepflicht der Spitäler für ausserkantonale Patienten, zusatzversicherte Patienten und Selbstzahler entfällt, ist Abs. 3 ebenfalls zu streichen. Die Bedingungen für die Auszahlungen der Kantonsbeiträge werden neu in Art. 18b geregelt, womit auch die Abs. 4 und 5 gegenstandslos werden.

## **Artikel 18a**

Die Aufteilung der Beiträge der öffentlichen Hand erfolgt neu für alle beitragsberechtigten Spitäler, Geburtshäuser und Kliniken einheitlich mit dem Schlüssel 87 zu 13 (Abs. 1).

Heute haben die Gemeinden der Spitalregion, in welcher der Patient behandelt wird, den nicht vom Kanton gedeckten Teil der Fallbeiträge zu übernehmen. Neu sind dies die Gemeinden der Spitalregion, in welcher der Patient seinen zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Diese Änderung ist einerseits notwendig, weil eine Beitragskürzung dazu führen könnte, dass der Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Vergütungen unter dem im KVG vorgeschriebenen Mindestbeitragssatz von 55 Prozent zu liegen kommen könnte und andererseits, weil Überschreitungen der Hospitalisationsrate in aller Regel nicht durch das Regionalspital zu verantworten sind, sondern durch die Einwohner der Spitalregion. Damit eine kleine Gemeinde nicht durch einen einzigen sehr teuren Fall übermässig belastet wird, werden alle Gemeinden der Spitalregion als für die Kostenübernahme zuständig bezeichnet. Für ausländische Arbeitnehmende und ihre Angehörigen, welche sich in der Schweiz KVG versichern lassen müssen, wird auf die Aufenthaltsgemeinde des Arbeitnehmers abgestellt, weil diese Personen oft keinen zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz haben (Abs. 2).

Gemäss KVG hat die öffentliche Hand die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung zu übernehmen. Es ist vorgesehen, dass diese Kosten, wie bisher zu 100% durch den Kanton übernommen werden. Das gleiche gilt auch für im kantonalen Interesse liegende gemeinwirtschaftliche Leistungen eines Spitals (Abs. 3).

In Absatz 4 sind die von den Gemeinden allein zu übernehmenden gemeinwirtschaftliche Leistungen aufgeführt (Abs. 4).

## **Artikel 18b**

Da der Kanton gemäss KVG einen Beitragssatz von mindestens 55 Prozent an den Pauschalen zu übernehmen hat, können als Sanktion, wenn die Vorgaben des Kantons durch die Spitäler nicht eingehalten werden, keine Beitragskürzungen vorgesehen werden, weil dadurch der Mindestbeitragssatz des Kantons unterschritten werden könnte. Deshalb ist vorgesehen, die Aufteilung des Anteils der öffentlichen Hand zwischen Kanton und Gemeinden zu ändern, wenn die Vorgaben des Kantons durch die Spitäler nicht eingehalten werden. Die Gemeinden der Spitalregion können durch ihre Vertreter in der

Trägerschaft dafür sorgen, dass solche Reduktionen des Beitragssatzes nicht notwendig werden (Abs. 1). In den meisten Spitalregionen erbringt das Regionalspital mindestens 60% der stationären Fälle der Region. Zusammen mit den freipraktizierenden Ärzten, welche auch viele Fälle zuweisen, generiert die Region sicher mindestens 80% ihrer stationären Fälle. Um den Anreiz der Mengenausweitung zu bremsen, ist als Sanktion bei einer Überschreitung der Hospitalisationsrate zu Lasten der Gemeinden ein degressiver Beitragssatz des Kantons am von der öffentlichen Hand zu übernehmenden Anteil an der Vergütung der medizinischen Leistungen vorgesehen (Abs. 1 lit a). Werden aus Kostengründen die Strukturqualitätsvorgaben nicht eingehalten, Daten nicht wie vorgegeben geliefert, oder die Betriebs- oder Rechnungsführung nicht wie gewünscht geführt, ist der Beitragssatz der Gemeinden ebenfalls zu erhöhen (Abs. 1 lit b bis f).

Damit die Auswirkungen einer Erhöhung des Beitragssatzes der Gemeinden für kleine und grosse Spitalregionen gleich anfallen, wird bei den Litera a bis e die maximale Mehrbelastung pro Einwohner der Spitalregion beschränkt. Die Sanktion bei Überschreitung der Hospitalisationsrate soll linear zum Prozentsatz der Überschreitung erfolgen, diejenige bei der Anschaffung eines nicht genehmigten medizinischen Apparates dessen Anschaffungswert nicht übersteigen (Abs. 2).

### **Artikel 18c**

In dieser Bestimmung werden Vorgaben formuliert, welchen die von den Tarifpartnern zur Genehmigung eingereichten Verträge zu genügen haben, um von der Regierung genehmigt werden zu können. Um sicherzustellen, dass Spitäler nicht Verträge mit unangemessenen tiefen Tarifen, die sie in ihrer Existenz bedrohen können, abschliessen, wird den Tarifpartnern vorgegeben, dass die Tarife bei wirtschaftlicher Betriebsführung existenzsichernd sein müssen (lit a). Fallpauschalen beinhalten für die Leistungserbringer einen Anreiz mehr Fälle zu generieren, entsprechend sind in den Tarifverträgen Gegenmassnahmen vorzusehen, z.B. degressive Fallpauschalen (lit b). In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Vertragsparteien der Datenweitergabe oft nicht den notwendigen Schutz zukommen liessen, die Regelungen sind deshalb datenschutzkonform zu gestalten (lit c). Schliesslich muss verhindert werden, dass durch eine systematische Falschkodierung ungerechtfertigte Beiträge bezogen werden (lit. d).

### **Artikel 18d**

Da die Kosten jeweils mit zweijähriger Verspätung in das Abgeltungssystem einfließen, weil die diesbezüglichen Kostendaten erst dann den Tarifpartnern vorliegen, wird für neue Behandlungsmethoden, die mit höheren Kosten verbunden sind, die Möglichkeit einer Übergangsfinanzierung durch den Kanton geschaffen. Die Regierung hat in ihre Antwort auf den Auftrag Pfäffli betreffen die Einführung eines Innovationsartikels für die Akutspitäler im kantonalen Krankenpflegegesetz diese Anpassung in Aussicht gestellt (RB Prot. Nr. 587 vom 9. Juni 2009).

### **Artikel 18e bis 18g**

Diese Regelungen werden mit der neuen Finanzierungsregelung überflüssig.

### **Artikel 19**

Analog zu der durch den Grossen Rat in der Augustsession 2010 im Rahmen der Behandlung der Vorlage der Regierung zur Teilrevision des Krankenpflegegesetzes zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch den Bund vorgenommenen Streichung von Abs. 3 von Art. 21 Abs. 3 für den Pflegeheimbereich wird der entsprechende Artikel betreffend Restfinanzierung der Trägerschaften und der Gemeinden auch für den Spitalbereich aufgehoben.

### **Artikel 21f**

Diese Präzisierung ist notwendig, weil Tarifverträge nicht nur zwischen den Tarifpartnern vereinbart werden können, sondern beim Scheitern der Tarifverhandlungen hoheitlich festzulegen sind.

### **Artikel 23**

Diese Bestimmung ist inhaltlich in den Art. 18e, 21g sowie 31g enthalten. Sie kann deshalb an dieser Stelle aufgehoben werden.

### **Artikel 26**

Der bisherige Abs. 1 kann aufgehoben werden, weil sich die Zuständigkeit bezüglich Aufsicht bereits aus Art. 6a des Gesundheitsgesetzes ergibt.

Die Anpassung in Abs. 3 erfolgt in terminologischer Übereinstimmung mit Art. 6.

## **Artikel 27**

Da Absatz 2 nur für die Alters- und Pflegeheime sowie die Spitexorganisationen gilt, muss hier eine Präzisierung vorgenommen werden.

## **Artikel 31a**

Diese Präzisierung ist notwendig, weil Tarifverträge nicht nur zwischen den Tarifpartnern vereinbart werden können, sondern beim Scheitern der Tarifverhandlungen hoheitlich festzulegen sind.

## **Artikel 34**

In Absatz 3 wird die mit Regierungsbeschluss Prot. Nr. 670 vom 6. Juli 2010 eingeführte Regelung, wonach sich die Personen, welche durch einen von der SNZ 144 alarmierten Notfall- oder Krankentransportdienst eines öffentlichen Spitals transportiert werden, an den Kosten der Einsatzzentrale zu beteiligen haben, gesetzlich verankert.

## **Artikel 36**

Die Anpassung in Abs. 1 erfolgt in terminologischer Übereinstimmung mit Art. 6.

Die Zuständigkeit für die Bewilligungserteilung ist im Gesundheitsgesetz festgelegt. Entsprechend braucht sie hier nicht erwähnt zu werden (Abs. 3).

## **Artikel 37**

Diese Bestimmung kann aufgehoben werden, weil sie sich bereits aus den Vorgaben des Bundes zur Kostenermittlung und Leistungserfassung (VKL) ergibt.

## **Artikel 38**

Abs. 1 legt fest, dass Spitalregionen, in denen sich kein öffentliches Spital befindet, für den Notfall- und Krankentransportdienst auf der Strasse in der Spitalregion eine andere Organisation zu beauftragen haben. Für die Finanzierung gelten die gleichen Regeln, wie in Regionen mit einem öffentlichen Spital.

Da der Kanton für die Koordinationsstelle zuständig ist, sind auch beim Anschluss einer Spitalregion an eine ausserkantonale Koordinationsstelle die Kosten allein vom Kanton zu übernehmen (Abs. 2).

### **Artikel 39**

Da die Notfall- und Krankentransportdienste der öffentlichen Spitäler in der Verantwortung der Regionen liegen, hat die Finanzierung der Ausrüstung durch die Regionen zu erfolgen. Abs. 1 ist entsprechend aufzuheben.

### **Artikel 40**

Da ein allfälliges Wartgeld bei öffentlichen Spitälern am Strassentransportdienst vom Kanton nicht mehr mitfinanziert wird, müssen die Verträge mit den damit beauftragten Diensten auch nicht mehr vom Departement genehmigt werden (Abs. 1).

Die neue Formulierung, wonach der Kanton nur Beiträge an kantonal oder überregional tätige Rettungsorganisationen ausrichtet, ist Folge der entsprechenden Einschränkung in Art. 3 Abs. 1 lit. g (Abs. 2).

### **Artikel 44 und 45**

Die Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden neu beitragsmässig gleich wie die somatischen Spitäler behandelt. Art. 44 und 45 sind somit aufzuheben.

### **Artikel 46**

Die von Art. 46 enthaltene Wiedergabe, dass die Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie den schulpsychologischen Dienst besorgen, ist logisch und ist im Krankenpflegegesetz zudem am falschen Ort geregelt. Sie ist ersatzlos zu streichen.

### **Artikel 49a**

Damit alle Spitäler – egal ob gerade neu gebaut oder alt – die gleiche Ausgangslage erhalten, werden die vom Kanton und den Gemeinden in den letzten 20 Jahren geleisteten Investitionsbeiträge zum Restwert in rückzahlbare Darlehen umgewandelt. Damit kann eine Gleichbehandlung aller Spitäler im Hinblick auf die neu in den Pauschalen enthaltenen Investitionsbeiträgen erreicht werden und auch verhindert werden, dass der Kanton und die Gemeinden über die neu in den Fallbeiträgen enthaltenen Investitionsbeiträge an bereits von ihnen in der Vergangenheit finanzierte Investitionen erneute Beiträge ausrichten (Abs. 1).

Da zahlreiche Methoden existieren, wie der Zeitwert und der Zinssatz festgelegt werden kann, ist es sinnvoll diese Kompetenz der Regierung zu übertragen. Dies gilt auch für den durch die Spitäler zu leistenden Amortisationsbeitrag (Abs. 2).

### **Artikel 49b**

Die letzten Restzahlungen an die Spitäler für Betriebsbeiträge sind 2007 erfolgt. Der Artikel kann somit aufgehoben werden.

### **Artikel 51a**

Die Stiftung "Kantonsspital Graubünden" wurde per 1. Januar 2006 begründet. Absatz 1 ist somit obsolet.

### **Anhang zum Krankenpflegegesetz**

Der bisherige Anhang zum KPG ist aufzuheben, weil neu gemäss Bundesrecht das beitragsberechtigte Angebot für alle Spitäler in der Spitalliste festgelegt wird.

## **VIII. Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes**

Das Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes zur Spitalfinanzierung ist auf den 1. Januar 2012 geplant.

## **IX. Beachtung der VFRR-Grundsätze**

Die Grundsätze der Verwesentlichung und Flexibilisierung der Rechtsetzung und Rechtsanwendung (VFRR) wurden beim vorliegenden Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes beachtet. Auf Wiederholungen übergeordneten Rechts wird verzichtet, sofern nicht Aspekte der Lesbarkeit, der Verständlichkeit und des Vollzugs eine Wiederholung erforderlich scheinen lassen.