



Botschaft der Regierung an den Grossen Rat

Heft Nr. 11/2010–2011

	Inhalt	Seite
14.	Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung.....	883
15.	Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Kranken- pflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz).....	909

Inhaltsverzeichnis

14.	Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung	
1.	Regelung des Umgangs mit nicht bezahlten Prämien und der Ausrichtung von Prämienverbilligungsbeiträgen auf Bundesebene	883
	1.1. KVG vom 18. März 1994	883
	1.2. KVG-Änderung vom 18. März 2005	884
	1.3. KVG-Änderung vom 19. März 2010	884
2.	Regelung des Umgangs mit nicht bezahlten Prämien und der Ausrichtung von Prämienverbilligungsbeiträgen im Kanton ..	886
	2.1. Umgang mit nicht bezahlten Prämien	886
	2.2. Prämienverbilligung	887
3.	Anpassungsbedarf der kantonalen Regelung auf Grund der KVG-Änderung vom 19. März 2010	887
4.	Verzicht auf die Durchführung eines Vernehmlassungsverfahrens	888
5.	Eckpunkte der Änderung des KPVG	888
	5.1. Umgang mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen	888
	5.2. Einführung einer Liste der säumigen versicherten Personen	889
	5.3. Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer statt an die Versicherten	890
6.	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Revisionsentwurfs	891
7.	Finanzielle Auswirkungen	893
	7.1. Erhöhung des Gesamtvolumens der Prämienverbilligung auf Grund der Auszahlung an die Versicherer statt an die Versicherten	893
	7.2. Übernahme der Kosten unbezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen durch den Kanton anstelle der Gemeinden	893
	7.3. Administrativer Mehraufwand zur Umsetzung der Prämienverbilligung durch die Sozialversicherungsanstalt und Kosten der Revisionsstelle	894

7.4	Aufwand für neue EDV-Programme	894
7.5	Total der finanziellen Auswirkungen	894
8.	Personelle Auswirkungen	895
9.	Finanzpolitische Würdigung der Entwicklung der Aufwendungen des Kantons für die Prämienverbilligung	895
10.	Inkrafttreten der Teilrevision	897
11.	Beachtung der VFRR-Grundsätze	897
12.	Anträge	897
15.	Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)	
I.	Ausgangslage	910
1.	Änderung des Bundesrechts über die Krankenversicherung	910
2.	Überblick über die Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung	910
3.	Überblick über die Vorgaben des Bundes zur Spitalfinanzierung	911
3.1.	Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007	911
3.2.	Änderung vom 22. Oktober 2008 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)	914
4.	Gesamt-schweizerisch einheitliche Tarifstrukturen	915
4.1.	Vorgaben des Bundes	915
4.2.	Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen	916
4.2.1.	SwissDRG	916
4.2.2.	Anlagenutzungskosten	917
4.2.3.	Abgeltung neuer Behandlungen und Untersuchungen	918
4.3.	Tarifsystem für stationäre Rehabilitation und Psychiatrie sowie für stationäre Leistungen in Geburtshäusern	918
4.4.	Begleitmassnahmen zur Qualitätsförderung	918

4.5. Evaluation der KVG-Revision betreffend Spitalfinanzierung.....	919
5. Abgeltung der Ausbildungsleistungen im Bereich der nicht-universitären Aus- und Weiterbildung durch die Krankenkversicherer.....	920
5.1. Ausgangslage.....	920
5.2. Empfehlungen der GDK.....	920
5.3. Modell Graubünden.....	921
6. Klärung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität.....	922
6.1. Entwicklung eines Modells zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Spital durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).....	922
6.2. Eingabe der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone und der Kantone der Zentralschweiz an den Bundesrat zur Klärung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität....	923
6.3. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 13. Dezember 2010 zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsvergleichen.....	924
6.4. Konkretisierung der Anforderungen an die Qualität durch das BAG.....	924
7. Notwendigkeit der Anpassung des kantonalen Spitalfinanzierungssystems.....	925
II. Aktuelles kantonales Spitalfinanzierungssystem.....	925
1. Akutsomatische Spitäler und Kliniken im Kanton.....	925
1.1. Öffentliche Spitäler.....	925
1.1.1. Betriebsbeiträge.....	925
1.1.2. Investitionsbeiträge.....	927
1.2. Privatkliniken und Geburtshäuser.....	928
2. Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR).....	928
3. Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP Graubünden).....	928
4. Rehabilitationskliniken.....	929
5. Ausserkantonale Spitäler und Kliniken.....	929
III. Vernehmlassungsverfahren.....	930
1. Vorgehen und Rücklauf.....	930
2. Eckpunkte der Vernehmlassungsvorlage.....	930
2.1. Beiträge der öffentlichen Hand an die Leistungserbringer.....	930

2.1.1. Spitäler und Geburtshäuser.....	930
2.1.2. Öffentliche Spitäler	930
2.2. Aufteilung der Beiträge der öffentlichen Hand zwischen Kanton und Gemeinden	931
2.2.1. Beiträge des Kantons und der Gemeinden.....	931
2.2.2. Änderung bei den Beiträgen der Gemeinden....	932
2.2.3. Änderung bei den Beiträgen des Kantons	933
2.2.4. Zusammenfassung	933
3. Generelle Beurteilung der Vorlage.....	934
4. Umgang mit den Einwänden und Anliegen.....	937
4.1. Berücksichtigte Anliegen.....	937
4.1.1. Kanton.....	937
4.1.2. Gemeinden	937
4.1.3. Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Gemeinden	938
4.1.4. Notfall- und Krankentransportdienste der Spitäler	938
4.1.5. Gemeinwirtschaftliche Leistungen.....	939
4.1.6. Betriebs- und Investitionsbeiträge an die Spitäler	939
4.1.7. Ausgleich des Investitionsstandes der Spitäler...	942
4.2. Nicht berücksichtigte Anliegen.....	944
4.2.1. Kanton	944
4.2.2. Gemeinden	946
4.2.3. Tarifgenehmigungsvoraussetzungen.....	947
4.3. Weitere Einwände und Anliegen.....	948
IV. Eckpunkte des neuen kantonalen Spitalfinanzierungssystems...	950
1. Beiträge der öffentlichen Hand an die Leistungserbringer..	950
1.1. Spitäler und Geburtshäuser	950
1.2. Öffentliche Spitäler	951
1.3. Private und ausserkantonale Spitäler.....	952
2. Aufteilung der Beiträge der öffentlichen Hand zwischen Kanton und Gemeinden	953
2.1. Beiträge des Kantons und der Gemeinden.....	953
2.2. Änderung bei den Beiträgen der Gemeinden.....	954
2.3. Änderung bei den Beiträgen des Kantons	955
2.4. Zusammenfassung.....	956
V. Notwendigkeit einer Teilrevision des Krankenpflegegesetzes...	957
VI. Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen der Teilrevision. ...	958

VII.	Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes	969
VIII.	Finanzielle Auswirkungen	970
	1. Modellrechnung	970
	1.1. Grundlagen und Annahmen der Modellrechnung	970
	1.2. Öffentliche Spitäler	971
	1.2.1. Fallbeiträge	971
	1.2.2. Beiträge an gemeinwirtschaftliche Leistungen	972
	1.2.3. Beiträge an die universitäre Lehre und die Forschung	972
	1.2.4. Beiträge an den Notfall- und Krankentrans- portdienst	972
	1.2.5. Beiträge an die Anlagenutzungskosten der Ambulatorien	973
	1.3. Private Spitäler, Rehabilitationskliniken und Geburts- häuser	973
	1.4. Psychiatrische Dienste Graubünden	974
	1.5. Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden	974
	1.6. Ausserkantonale Spitäler und Kliniken	975
	1.6.1. Ausserkantonale nichtuniversitäre akut- somalische Spitäler und Kliniken	975
	1.6.2. Ausserkantonale universitäre akutsomalische Spitäler und Kliniken	976
	1.6.3. Ausserkantonale Rehabilitationskliniken	976
	1.6.4. Ausserkantonale Psychiatrische Kliniken	977
	1.7. Zusammenfassung	977
	2. Kanton und Gemeinden	979
	3. Kanton	979
	4. Gemeinden	979
	5. Leistungserbringer	979
	6. Versicherer	981
IX.	Personelle Auswirkungen	982
	1. Leistungserbringer	982
	2. Kanton	982
	3. Gemeinden	983
X.	Beachtung der VFRR-Grundsätze	983
XI.	Anträge	984

Botschaft der Regierung an den Grossen Rat

14.

Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung

Chur, den 1. März 2011

Sehr geehrte Frau Landespräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen die Botschaft und den Entwurf für eine Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung (KPVG; BR 542.100).

Die Teilrevision beinhaltet die Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 19. März 2010 betreffend den Umgang mit nicht bezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen und die Ausrichtung der Prämienverbilligung auf kantonaler Ebene.

1. Regelung des Umgangs mit nicht bezahlten Prämien und der Ausrichtung von Prämienverbilligungsbeiträgen auf Bundesebene

1.1. KVG vom 18. März 1994

Art. 90 KVV ermächtigte die Krankenversicherer, bei Vorliegen eines Verlustscheins die Übernahme der Kosten für im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachte Leistungen bis zur vollständigen Bezahlung der fälligen Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten aufzuschieben.

1.2. KVG-Änderung vom 18. März 2005

Mit der Änderung des KVG vom 18. März 2005 wurden die Versicherer ermächtigt, die Übernahme der Kosten für im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachte Leistungen bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten bereits aufzuschieben, wenn die versicherte Person trotz Mahnung die fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen nicht bezahlt hat und im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt wurde.

Der Leistungsaufschub hat zur Folge, dass die Krankenversicherer nicht verpflichtet sind, die Kosten von medizinischen Behandlungen und Medikamenten der betroffenen Versicherten zu übernehmen. Für Ärzte, Spitäler und Apotheken bedeutet das, dass ihre Leistungen nicht bezahlt werden. Der Leistungsaufschub bleibt bestehen, bis die Prämien schulden ganz abbezahlt sind. Erst dann begleichen die Krankenversicherer die offenen Arzt-, Spital- und Medikamentenrechnungen für Leistungen, die während des Leistungsaufschubs erbracht wurden.

1.3. KVG-Änderung vom 19. März 2010

Gemäss den Krankenversicherern zahlen immer mehr Versicherte ihre Prämien nicht. Der Branchenverband der Krankenversicherer *santésuisse* registrierte im Jahr 2010 rund 400000 Betreibungen. In 150000 Fällen ist ein Leistungsaufschub verfügt worden. Dies würde bedeuten, dass heute zwei Prozent der Bevölkerung faktisch ohne Versicherungsschutz dastünden. Bei den Spitälern stehen schweizweit gegenwärtig Rechnungen im Umfang von 80 Millionen Franken offen.

Auf Grund der Zunahme nicht bezahlter Prämien und der wachsenden Zahl von Leistungssistierungen haben die eidgenössischen Räte am 19. März 2010 eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) beschlossen, von der folgende zwei Themenbereiche betroffen sind:

- In Art. 64a KVG wird der Umgang mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen neu geregelt.
- Gemäss dem geänderten Art. 65 KVG wird den Kantonen neu vorgeschrieben, die Prämienverbilligungen zwingend an die Versicherer auszubezahlen.

Die Regelung knüpft an den Revisionsvorschlag an, welcher im Vorfeld zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) einerseits und *santésuisse* andererseits ausgehandelt worden war.

Die Vereinheitlichung des Umgangs mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen gemäss neuem Art. 64a KVG beinhaltet folgende, für die Umsetzung in den Kantonen relevante Regelungen:

- Neu hat ein Betreibungsbegehren oder das Vorliegen eines Verlustscheins grundsätzlich keinen Leistungsaufschub zur Folge (Abs. 3).
- Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der von ihm bezeichneten Behörde die betriebenen Schuldner bekannt gibt (Abs. 2).
- Der Versicherer hat der zuständigen kantonalen Stelle pro Schuldner den Gesamtbetrag der Forderungen bekannt zu geben, die zum Verlustschein geführt haben. Dabei wird abschliessend aufgezählt, was in diesen Forderungen enthalten sein darf, nämlich ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betriebskosten. Die vom Kanton zu bezeichnende Revisionsstelle hat die Richtigkeit dieser Angaben zu bestätigen (Abs. 3).
- Die Kantone werden verpflichtet, 85 Prozent der von der Revisionsstelle bestätigten Forderungen zu übernehmen (Abs. 4).
- Die Verlustscheine sind vom Versicherer aufzubewahren. Bei teilweiser oder vollständiger Begleichung der Schuld sind 50 Prozent des erhaltenen Beitrages an den Kanton zurückerstatten (Abs. 5). Solange die Schuld nicht vollständig beglichen ist, kann die versicherte Person den Versicherer nicht wechseln (Abs. 6).
- Die Kantone können versicherte Personen, die trotz Betreuung ihre Prämien nicht bezahlen, auf einer Liste erfassen, die nur den Leistungserbringern, den Gemeinden und dem Kanton zugänglich ist. Für Personen auf dieser Liste haben die Versicherer auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme von Notfallbehandlungen zu Lasten der Krankenversicherung aufzuschieben (Abs. 3).

Im neu formulierten Abs. 1 von Art. 65 KVG wird festgelegt, dass die Auszahlung der Prämienverbilligung ausschliesslich an die Versicherer zu erfolgen hat. Diese Regelung garantiert, dass die ausgerichteten Beiträge tatsächlich für die Prämienverbilligung der anspruchsberechtigten Personen eingesetzt werden.

In den Übergangsbestimmungen wird der Umgang mit vor der vom Eidgenössischen Departement des Innern per 1. Januar 2012 vorgesehenen Inkraftsetzung der Teilrevision bestehenden Forderungen geregelt und den Kantonen eine Frist von zwei Jahren zur Umsetzung der Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer eingeräumt. Bis zu dieser Umsetzung muss der Kanton anstatt 85 Prozent 87 Prozent der Forderungen gemäss Art. 64a KVG übernehmen.

Gemäss Abs. 8 von Art. 64 hat der Bundesrat die Aufgaben der Revisionsstelle festzulegen und die einem Verlustschein gleichzusetzenden

Rechtstitel zu bezeichnen. Weiter hat er die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens, der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer zu regeln.

Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern zum Zwecke der Prämienverbilligung hat gemäss Art. 65 Abs. 2 nach einem einheitlichen Standard zu erfolgen. Der Bundesrat hat auch diesbezüglich die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer zu regeln.

Gemäss Mitteilung des Bundesamtes für Gesundheit vom 14. Juni 2010 sollten die entsprechenden Verordnungsbestimmungen per Ende 2010 definitiv ausgearbeitet sein. Im Zeitpunkt der Verabschiedung der Botschaft lagen die Verordnungsbestimmungen des Bundesrates noch nicht vor.

2. Regelung des Umgangs mit nicht bezahlten Prämien und der Ausrichtung von Prämienverbilligungsbeiträgen im Kanton

2.1. Umgang mit nicht bezahlten Prämien

Gemäss Art. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung (KPVG; BR 542.100) müssen die Gemeinden den Versicherern uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen im Umfang des Leistungsobligatoriums ersetzen. Art. 3 der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung (VOzKPVG; BR 542.120) führt dazu aus, dass Forderungen insbesondere dann als uneinbringlich gelten, sobald ein Verlustschein vorliegt oder wenn die versicherungspflichtige Person Unterstützungshilfe gemäss kantonalem Unterstützungsgesetz erhält. Uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen einschliesslich Verzugszinsen und Betreuungskosten sind von jener Gemeinde zu übernehmen, in der die versicherungspflichtige Person zum Zeitpunkt der Zahlungsfälligkeit Wohnsitz beziehungsweise Aufenthalt hatte.

Gemäss Art. 11a KPVG müssen die Krankenversicherer die Durchführungsstelle und die Wohnsitzgemeinde der versicherten Person informieren, wenn Zahlungsrückstände im Gegenwert von drei Monatsprämien vorliegen. Nach Meldung der Zahlungsrückstände wird die Prämienverbilligung an den Versicherer ausbezahlt. Ab dem übernächsten Jahr wird die Prämienverbilligung wieder an die versicherte Person ausbezahlt, sofern sie bis drei Monate vor Ende des Vorjahres bei der Durchführungsstelle den Nachweis erbringt, dass sie ihre Zahlungsrückstände ihrem Versicherer beziehungsweise im Falle der Übernahme der Zahlungsrückstände durch die Wohnsitzgemeinde dieser beglichen hat.

Werden die Durchführungsstelle und die Wohnsitzgemeinde der versicherten Person nicht innert fünf Monaten nach Fälligkeit der ersten aus-

stehenden Monatsprämie vom Versicherer über die Zahlungsrückstände informiert, sind die Gemeinden befugt, die nach diesem Zeitpunkt an die versicherte Person ausbezahlten Prämienverbilligungsbeiträge von den von ihnen zu übernehmenden uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen in Abzug zu bringen. Für den entsprechenden Betrag hat der Versicherer aufzukommen.

Durch die Regelung von Art. 11a KPVG wird verhindert, dass die Prämienverbilligung bei Prämienausständen von drei Monatsprämien weiter direkt an diese Personen ausbezahlt und von diesen zweckentfremdet verwendet wird.

Durch die Regelung von Art. 11a KPVG können die Gemeinden zudem rasch reagieren und durch die Übernahme der uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen den Leistungsaufschub der Krankenversicherer aufheben. Entsprechend haben die Bündner Spitäler im Vergleich zu den Spitälern in anderen Kantonen geringe Debitorenausstände und -verluste.

2.2. Prämienverbilligung

Gemäss Art. 11 Abs. 1 KPVG werden im Kanton Prämienverbilligungen grundsätzlich direkt an die Versicherten ausbezahlt. Ausnahmen werden in Fällen, in welchen die Prämien bevorschusst werden (Abs. 3) sowie bei Zahlungsverzug gemäss Art. 11a KPVG gemacht. Art. 11 Abs. 2 KPVG sieht vor, dass die Auszahlung der Prämienverbilligung über die Versicherer ausbezahlt wird, sofern die im Kanton tätigen Versicherer zur Mitwirkung bei der Prämienverbilligung zu den von der Regierung festgelegten Bedingungen bereit sind. In diesem Fall bestehen keine direkten Ansprüche der anspruchsberechtigten Personen gegenüber dem Kanton. Eine solche Lösung kam bisher nicht zu Stande.

3. Anpassungsbedarf der kantonalen Regelung auf Grund der KVG-Änderung vom 19. März 2010

Die KVG-Änderung vom 19. März 2010 bedingt eine Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung. Zwingend zu ändern sind der Auszahlungsmodus der Prämienverbilligung und die Regelung des Vorgehens beim Zahlungsverzug der versicherten Person.

4. Verzicht auf die Durchführung eines Vernehmlassungsverfahrens

Gemäss Schreiben des Bundesamtes für Gesundheit beabsichtigt der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern, dem Bundesrat die Inkraftsetzung der revidierten Art. 64a und Art. 65 KVG auf den 1. Januar 2012 zu beantragen. Die Anpassung der kantonalen Gesetzgebung hat entsprechend ebenfalls auf den 1. Januar 2012 zu erfolgen.

Auf Grund der zeitlichen Dringlichkeit der Anpassung der kantonalen Gesetzgebung an das Bundesrecht musste auf die Durchführung einer Vernehmlassung verzichtet werden.

Die Durchführung einer Vernehmlassung hätte insgesamt rund fünf Monate in Anspruch genommen, womit die Teilrevision des KPVG dem Grossen Rat frühestens in der Dezembersession 2011 hätte unterbreitet werden können. Die Inkraftsetzung der Teilrevision des KPVG hätte dadurch frühestens auf den 1. April 2012 erfolgen können. Dies wiederum hätte zur Folge gehabt, dass die Sozialversicherungsanstalt nicht in der Lage gewesen wäre, die Änderungen hinsichtlich des Umgangs mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen fristgerecht umzusetzen.

5. Eckpunkte der Änderung des KPVG

Der Entwurf für eine Teilrevision des KPVG beinhaltet hauptsächlich die nachfolgenden Änderungen:

- Umgang mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen
- Bezeichnung einer Revisionsstelle zur Überprüfung der Richtigkeit der Forderungen der Versicherer gegenüber säumigen versicherten Personen
- Einführung einer Liste der säumigen versicherten Personen
- Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer statt an die Versicherten

5.1. Umgang mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen

In den Abs. 3 bis 6 von Art. 64a KVG wird der Umgang mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen nach Vorliegen eines Verlustscheins detailliert und mehrstufig geregelt (Meldung an kantonale Stelle, Bestätigung durch Revisionsstelle, Übernahme von 85 Prozent durch Kanton, Erstattung von 50 Prozent der beglichenen Verlustscheine durch Versicherer an den Kanton).

Pro Kanton darf nur eine zuständige Stelle definiert werden, an welche sich die Versicherer wenden können. In Graubünden wird die Sozialversi-

cherungsanstalt als zuständige kantonale Behörde bezeichnet. Gemäss Art. 64a Abs. 5 KVG verbleiben die Verlustscheine nach Übernahme der Kosten bei den Versicherern. Sie werden nicht mehr wie gemäss bisherigem kantonalem Recht durch die Gemeinden übernommen. Damit entfällt der bisherige grosse Vorteil der Bündner Lösung: Die «Nähe» der Gemeinden zu den Schuldner, die eine rasche Einlösung von Verlustscheinen bei verbesserter Finanzsituation der Schuldner ermöglichte.

Auch im Rahmen des KVG wäre es möglich, die Übernahme der ausstehenden Prämien und Kostenanteile wie im geltenden Recht den Gemeinden zu überbinden. Dies wäre jedoch mit einem unverhältnismässigen Verwaltungsaufwand verbunden (Meldung an die Gemeinden, Abrechnung mit den Gemeinden, Weiterleitung der Rückerstattungen der Versicherer). Da die Verlustscheine neu bei den Versicherern bleiben, fällt die bisherige Möglichkeit des Rückgriffrechtes der Gemeinden auf die Schuldner bei verbesserter finanzieller Situation der versicherten Person dahin. Aus diesen Gründen wird die bestehende Verpflichtung der Gemeinden zur Übernahme der ausstehenden Prämien und Kostenanteile fallen gelassen. Die vorliegende Teilrevision sieht entsprechend vor, dass der Kanton die von der Revisionsstelle bestätigten uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen übernimmt.

5.2. Einführung einer Liste der säumigen versicherten Personen

Gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG können die Kantone Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen und diese den Leistungserbringern und den Gemeinden zugänglich machen. Auf Meldung des Kantons haben die Versicherer mit Ausnahme von Notfallbehandlungen die Kostenübernahme für Leistungen aufzuschieben und der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen zu erstatten. Mit dieser Bestimmung hat das Bundesparlament den Grundsatz der KVG-Revision aufgeweicht, dass grundsätzlich auf den Leistungsaufschub verzichtet wird. Der Druck auf den Schuldner, seine Schulden zu bezahlen, kann dadurch mindestens während der Betreibungsphase erhöht werden.

Art. 64a Abs. 7 wurde auf Grund des sogenannten Thurgauer Modells beschlossen. Dort registrieren die Krankenkassen-Kontrollstellen der Gemeinden seit November 2007 die Versicherten, gegen die ein Leistungsaufschub verfügt wurde, in einem Datenpool. Die gemeldeten Versicherten werden gleichzeitig über die Registrierung informiert. Sobald die Schulden entweder vom Schuldner bezahlt wurden oder ein Verlustschein vorliegt, wird der Versicherte von der Liste gestrichen. Das Thurgauer Modell wurde eingeführt, da zunehmend auch Personen, die nicht in bescheidenen wirt-

schaftlichen Verhältnissen leben, ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen. Dadurch, dass die Thurgauer Leistungserbringer Zugriff auf den Datenpool haben, wird verhindert, dass diese Versicherten medizinische Wahlbehandlungen zu Lasten der öffentlichen Hand beanspruchen können. Ihr Anspruch ist auf Notfallbehandlungen beschränkt.

Auch wenn die Wirkung einer Liste der säumigen versicherten Personen nur während des Betreibungsverfahrens gegeben und somit nur beschränkt vorhanden ist, macht es trotzdem Sinn, sie einzuführen und damit Druck auf die Schuldner auszuüben. Zweckmässigerweise wird die Liste von der Sozialversicherungsanstalt (SVA) geführt.

5.3. Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer statt an die Versicherten

Schon in früheren Jahren gab es Bestrebungen, in Umsetzung von Art. 11 Abs. 2 KPVG die Prämienverbilligung im Kanton Graubünden direkt an die Versicherer auszubezahlen. Eine solche Lösung konnte jedoch bisher nicht realisiert werden. Bezüglich der Gründe verweist die Regierung auf ihre Antwort auf die Anfrage Candinas betreffend Direktzahlung der Prämienverbilligung in der Fragestunde der Dezembersession 2008 (GRP 2008/2009 S. 452 f.).

Die Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer statt an die Versicherten wird vom Bundesrecht neu zwingend vorgegeben, so dass seitens des Kantons kein Handlungsspielraum mehr gegeben ist.

Die geänderten Auszahlungsmodalitäten haben keinen Einfluss auf den Anspruch der Versicherten. Versicherte, welche im Vorjahr bereits Prämienverbilligung bezogen haben und denen auf Grund der gelieferten Steuerdaten die Prämienverbilligung berechnet werden konnte, erhalten von der SVA eine «Mitteilung für die Bezugsberechtigung der Prämienverbilligung». Personen, die nicht eindeutig identifiziert werden konnten, gemäss den gelieferten Steuerdaten jedoch Anspruch auf Prämienverbilligung haben, erhalten von der SVA ein elektronisch erstelltes Antragsformular. Dieses ist mit den fehlenden Angaben zu ergänzen und der SVA via AHV-Zweigstellen einzureichen. Die Berechnung erfolgt auf Grund der aktuellsten Steuerdaten jeweils zu Jahresbeginn. Die Mitteilungen und die Antragsformulare werden den Versicherten im Februar zugestellt. Neu wird der Beitrag den Versicherern überwiesen. Dieser zieht den Beitrag von der Prämienrechnung ab und informiert die Versicherten.

6. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Revisionsentwurfs

Artikel 1

Die Marginalie wird unter Berücksichtigung der in Art. 2 geregelten Thematik erweitert.

Artikel 2

Die in Art. 16 KPVG als für den Vollzug der Prämienverbilligung zuständig bezeichnete Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden (SVA) wird zweckmässigerweise auch als die gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG zu bezeichnende kantonale Behörde für die Bekanntgabe der Forderungen der Versicherer aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben, eingesetzt (Abs. 2). Die Marginalie wird entsprechend angepasst und in Relation zur Marginalie zu Art. 1 gesetzt.

In Abs. 2 wird zudem festgelegt, dass die SVA den von Bundesrecht vorgegebenen Anteil an den von der Revisionsstelle bestätigten Forderungen den Versicherern zu überweisen hat. Die entsprechenden Aufwendungen gehen zu Lasten des Kantons.

Die bisher in dieser Bestimmung enthaltene Verpflichtung der Gemeinden zur Übernahme der uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen der säumigen versicherten Personen im Umfang des Leistungsobligatoriums wird gestrichen. Uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen gehen neu zu Lasten des Kantons.

Artikel 2a

Diese Bestimmung ist notwendig, um die zur Führung der in Art. 11a vorgesehenen Liste der säumigen versicherten Personen erforderlichen Informationen zu erhalten.

Artikel 11

Da die Prämienverbilligung gemäss Art. 65 Abs. 1 KVG neu nurmehr direkt an die Versicherer ausbezahlt werden muss, ist Abs. 1 ersatzlos zu streichen.

Die bisher in Abs. 2 geregelte Möglichkeit zur Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer bei Erfüllung der von der Regierung festgelegten Bedingungen wird aufgrund der übergeordneten Bundesgesetzgebung gegenstandslos. Damit kann auch auf diesen Absatz verzichtet werden.

Artikel 11a

Der Umgang mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen wird neu abschliessend in Art. 64a KVG geregelt, sodass die bisherige Bestimmung ersatzlos gestrichen werden kann.

Die SVA wird beauftragt, entsprechend der in Art. 64a Abs. 7 KVG vorgesehenen Möglichkeit eine Liste der Personen zu führen, die trotz Betreuung ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen.

Artikel 14 Absatz 1

Dieser Artikel kann aufgehoben werden, weil die Höhe der Beiträge des Bundes nicht mehr durch die Höhe der Beiträge des Kantons beeinflusst werden kann.

Artikel 15

Gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG hat der Kanton eine Revisionsstelle zu bezeichnen. Diese hat ihm die Richtigkeit der vom Versicherer dem Kanton bekannt gegebenen Daten der säumigen versicherten Person zu bestätigen.

Abs. 2 legt fest, dass die Regierung für die Bezeichnung der Revisionsstelle zuständig ist.

Artikel 16 Absatz 1 und 2

Die Änderung in diesen beiden Absätzen ist dadurch bedingt, dass die Sozialversicherungsanstalt ihre Abkürzung von SVAG zu SVA geändert hat.

In Abs. 1 wird im Sinne einer Präzisierung eine Ergänzung vorgenommen, dass die Ausrichtung der Prämienverbilligung durch die SVA zu Lasten des Kantons erfolgt.

Artikel 22a

Die vor Inkrafttreten der neuen Regelung fällig gewordenen Prämien und Kostenbeteiligungen sind gemäss dieser Bestimmung in Anwendung des bisherigen Art. 2 von den Gemeinden zu übernehmen.

7. Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Teilrevision des KPVG lassen sich in drei Bereiche unterteilen:

- Erhöhung des Gesamtvolumens der Prämienverbilligung auf Grund der Auszahlung an die Versicherer statt an die Versicherten
- Übernahme der Kosten unbezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen durch den Kanton anstelle der Gemeinden
- administrativer Mehraufwand zur Umsetzung der Prämienverbilligung durch die SVA und Kosten der Revisionsstelle
- Aufwand für die neu zu erstellenden EDV-Programme

7.1. Erhöhung des Gesamtvolumens der Prämienverbilligung auf Grund der Auszahlung an die Versicherer statt an die Versicherten

Es ist davon auszugehen, dass rund fünf bis 15 Prozent der berechtigten Versicherten ihren Anspruch auf Prämienverbilligung bislang nicht geltend gemacht oder der SVA die zur Auszahlung notwendigen Daten nicht geliefert haben. Dies sind vorwiegend Personen mit einem geringen Anspruch auf Prämienverbilligungsbeiträge. Da diese Beiträge künftig direkt an die Versicherer zu bezahlen sind und dies voraussichtlich auf Grund der Bundesvorgaben mittels eines weitgehend automatischen Datenaustauschs zu erfolgen hat, muss mit einer zusätzlichen Erhöhung der zu leistenden Prämienverbilligungsbeiträge gerechnet werden.

Auf Grund des Systemwechsels bei der Auszahlung (Auszahlung an die Versicherer statt an die Versicherten) ist von Mehrkosten in der Grössenordnung von fünf Mio. Franken pro Jahr auszugehen.

7.2. Übernahme der Kosten unbezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen durch den Kanton anstelle der Gemeinden

Aus den im Kapitel 5.1 aufgeführten Gründen wird darauf verzichtet, die Übernahme der unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen im neuen System den Gemeinden zu übertragen.

Die pauschale Übernahme des Anteils von 85 Prozent aller Verlustscheine durch den Kanton wird jährlich schätzungsweise eine Mehrbelastung des Kantons in der Grössenordnung von zwei bis drei Millionen Franken zur Folge haben. Die Gemeinden werden entsprechend entlastet. Derartige Lastenverschiebungen sind gemäss dem vom Grossen Rat im Rahmen des Finanzplans für die Jahre 2009–2012 beschlossenen finanzpolitischen

Richtwert Nummer 7 zu vermeiden. Ausgenommen davon sind Verschiebungen im Zusammenhang mit einer Neugestaltung des Finanzausgleichs zwischen dem Kanton und den Gemeinden (siehe B 13/2007–2008, S. 759). Die Regierung sieht keine zweckmässige Regelung für eine Kompensation, wie beispielsweise eine Kostenbeteiligung der Gemeinden an den IPV-Beiträgen, so dass auf eine Kompensation verzichtet wird. Es gilt aber zu beachten, dass diese Lastenverschiebung die Möglichkeiten des Kantons für künftige weitere Entlastungen der Gemeinden beeinträchtigt.

7.3. Administrativer Mehraufwand zur Umsetzung der Prämienverbilligung durch die Sozialversicherungsanstalt und Kosten der Revisionsstelle

Die Umsetzung der neuen Regelungen bezüglich der Prämienverbilligung wird bei der SVA zu einem erheblichen administrativen Mehraufwand führen. Dazu gehören die Bearbeitung uneinbringlicher Prämien und Kostenbeteiligungen und die dazugehörige Abrechnung mit den Versicherern sowie die Führung der Liste der säumigen versicherten Personen und der Abgleich der Daten der Versicherer für die IPV-Bezüger. Die anfallenden Kosten werden durch den Kanton abzugelten sein. Die Höhe kann zurzeit nicht abgeschätzt werden.

Im Weiteren ist unklar, ob die Finanzierung der Revisionsstelle durch die Versicherer oder den Kanton zu erfolgen hat. Der Aufwand für die zuständige kantonale Revisionsstelle kann erst geschätzt werden, nachdem der Bundesrat die Aufgaben und die Finanzierung der Revisionsstelle geregelt hat.

7.4. Aufwand für neue EDV-Programme

Die Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherten und das Führen einer Liste der säumigen versicherten Personen erfordern die Erstellung neuer EDV-Programme. Die Programmierarbeiten werden durch den Kanton abzugelten sein. Der hierfür anfallende Aufwand kann erst abgeschätzt werden, wenn die Anforderungen an den Datenaustausch vom Bund in der noch zu erlassenden Verordnung festgelegt sind.

7.5. Total der finanziellen Auswirkungen

Auf Grund der vorliegenden Teilrevision des KPVG ist mit jährlichen Mehraufwendungen für den Kanton in der Höhe von sieben bis neun Mio. Franken zu rechnen.

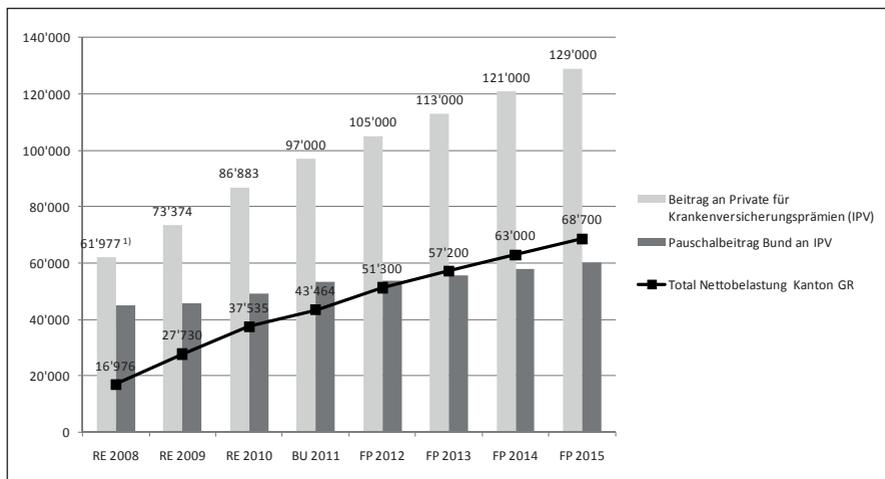
8. Personelle Auswirkungen

Die vorgesehenen Änderungen haben für den Kanton keine direkten personellen Auswirkungen.

Der Vollzug der Prämienverbilligung erfolgt durch die SVA im Auftrag des Kantons. Eine Leistungsvereinbarung regelt die vertragliche Beziehung zwischen dem Kanton und der SVA. Gegenstand des Vertrages sind die von der SVA zu erbringenden Dienstleistungen im Rahmen der Durchführung der individuellen Prämienverbilligung im Kanton Graubünden, deren Abgeltung durch den Kanton sowie die Zusammenarbeit zwischen der SVA und dem Kanton. Diese Leistungsvereinbarung muss auf die vorgesehenen Änderungen angepasst werden. Es ist davon auszugehen, dass die SVA mehr Personal für die Durchführung der IPV benötigen wird als bisher.

9. Finanzpolitische Würdigung der Entwicklung der Aufwendungen des Kantons für die Prämienverbilligung

Die voraussichtliche Entwicklung der Aufwendungen des Kantons für die Prämienverbilligung in den Jahren 2008–2015 zeigt folgendes Bild:



¹⁾ nach Abzug Rückerstattung (Nettoausweis); ab 2009 Bruttoausweis

Tabelle Entwicklung der Beiträge an Private für Krankenversicherungsprämien 2008–2015

Das Gesamtvolumen der Prämienverbilligung steigt vom Rechnungsjahr 2008 bis zum Finanzplanjahr 2015 um 67 Mio. Franken. Dies entspricht einer Zunahme von über 100 Prozent innerhalb von sieben Jahren. Die Nettobelastung für den Kanton nimmt im gleichen Zeitraum von knapp 17 Mio. Franken auf knapp 69 Mio. Franken zu, was einer Vervierfachung entspricht. Ausgehend vom Budget 2011 steigt die Nettobelastung bis ins Jahr 2015 um 58 Prozent oder durchschnittlich 14.6 Prozent pro Jahr.

Im Rahmen der letzten beiden Steuergesetzrevisionen 2006 und 2009, in Kraft gesetzt per 1. Januar 2008 und per 1. Januar 2010, wurden relativ hohe Entlastungen beschlossen. Vor allem mit der ab dem Jahr 2011 wirksamen Revision 2009 wurden verschiedene Abzüge auf Einkünften und dem Vermögen wesentlich angehoben. Dies führt zu tieferen steuerbaren Einkommen und Vermögen und in der Folge zu einer Zunahme der anspruchsberechtigten Versicherten sowie zu einem starken Anstieg der IPV-Beiträge, ohne dass sich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten verschlechtert hat. Es entsteht ein Doppeleffekt, indem die anspruchsberechtigten Versicherten einerseits durch tiefere Steuern und andererseits durch eine höhere Verbilligung ihrer Prämien entlastet werden. Das ohnehin schon überdurchschnittliche Wachstum im Bereich der Prämienverbilligung, welches auf das generelle Kostenwachstum im Gesundheitsbereich und den damit verbundenen Prämienanstieg zurückzuführen ist, wird durch diesen Effekt noch verstärkt. Ergänzend zu diesen Ausführungen verweist die Regierung auf ihre Ausführungen in der Antwort zum Fraktionsauftrag SP betreffend Stützung der Kaufkraft durch Ausbau des kantonalen Krankenkassenprämienverbilligungssystems als Konjunkturmassnahme (GRP 2009/2010 S. 196 f.).

Der gewaltige Anstieg der Prämienverbilligungsbeiträge ist massgeblich verantwortlich für das überdurchschnittlich hohe Wachstum der Kantonsbeiträge an Dritte in der Laufenden Rechnung und trägt zum Anstieg der Staatsquote bei.

Ohne Korrekturmassnahmen wird das Gesamtvolumen der Prämienverbilligung innerhalb der Finanzplanperiode pro Jahr um rund acht Prozent zunehmen, während die Nettobelastung für den Kanton um beinahe 15 Prozent pro Jahr ansteigt. Allfällige Korrekturmassnahmen sind insbesondere bei den für die Bemessung des anrechenbaren Einkommens massgebenden Faktoren und beim Berechnungsmodus der Prämienverbilligung vorzunehmen. Korrekturen in diesem Bereich setzen eine Revision des KPVG voraus. Erste Arbeiten zur Abklärung, ob und inwieweit dem Grossen Rat eine entsprechende Revision unterbreitet werden soll, sind verwaltungsintern in Angriff genommen worden.

10. Inkrafttreten der Teilrevision

Die Inkraftsetzung der Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung ist in zwei Schritten vorgesehen. Gleichzeitig mit der vom Eidgenössischen Departement des Innern vorgesehenen Inkraftsetzung der Teilrevision des KVG am 1. Januar 2012 werden in einem ersten Schritt die Änderungen zum Umgang mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Einführung einer Liste der säumigen Schuldner (Art. 2 und Art. 11a) in Kraft treten. Die Änderungen, welche die Prämienverbilligung betreffen (Art. 11), werden in einem zweiten Schritt in Kraft gesetzt, sobald die technische Umsetzung der Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer möglich ist, spätestens jedoch zwei Jahre nach Inkrafttreten der Teilrevision des KVG.

11. Beachtung der VFRR-Grundsätze

Die Grundsätze der Verwesentlichung und Flexibilisierung der Rechtsetzung und Rechtsanwendung (VFRR) werden bei der vorliegenden Teilrevision des KPVG soweit möglich beachtet.

12. Anträge

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir Ihnen:

1. auf die Vorlage einzutreten;
2. der Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung zuzustimmen.

Genehmigen Sie, sehr geehrte Frau Landespräsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Namens der Regierung
Der Präsident: *Martin Schmid*
Der Kanzleidirektor: *Claudio Riesen*

Gesetz über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung (KPVG)

Änderung vom ...

Der Grosse Rat des Kantons Graubünden,

gestützt auf Art. 31 Abs. 1 und Art. 87 der Kantonsverfassung,
nach Einsicht in die Botschaft der Regierung vom ...,

beschliesst:

I.

Das Gesetz über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung vom 26. November 1995 wird wie folgt geändert:

Art. 1

Zuständigkeiten
1. Gemeinden

Art. 2

¹ Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden (SVA) ist die zuständige kantonale Behörde gemäss Artikel 64a KVG für die Bekanntgabe der Forderungen der Versicherer aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben.

2. Sozialversicherungsanstalt

² Sie übernimmt zu Lasten des Kantons den vom Bundesrecht vorgegebenen Anteil der von der Revisionsstelle bestätigten Forderungen der Versicherer.

Art. 2a

Die Versicherer haben der SVA die Schuldnerinnen und Schuldner bekanntzugeben, die betrieben werden.

Bekanntgabe von säumigen Versicherten

Art. 11 Abs. 1 und 2

¹ Aufgehoben

² Aufgehoben

Art. 11a

¹ Die SVA führt im Sinne von Artikel 64a Absatz 7 KVG eine Liste der versicherten Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen.

² Aufgehoben**Art. 14 Abs. 1****Aufgehoben****Art. 15**

¹ Die Regierung übt die Aufsicht über die Durchführung der Prämienverbilligung aus.

² Sie bezeichnet die Revisionsstelle nach Artikel 64a Absatz 3 KVG.

Art. 16 Abs. 1 und 2

¹ Die SVA vollzieht die Prämienverbilligung im Auftrag des Kantons. Innerhalb der SVA führt die AHV-Ausgleichskasse die Prämienverbilligung durch.

² Die Aufgaben werden in einer Leistungsvereinbarung zwischen der Regierung und der SVA festgehalten. Der Kanton vergütet der SVA den Verwaltungsaufwand. Die Entschädigung kann in Form einer leistungsabhängigen Pauschale erfolgen.

Art. 22a

Auf ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen, deren Fälligkeit vor dem Inkrafttreten der Teilrevision eingetreten ist, findet das Verfahren nach bisherigem Recht Anwendung.

Anwendung
bisherigen
Rechts

II.

Diese Teilrevision untersteht dem fakultativen Referendum.
Die Regierung bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

Lescha davart l'assicuranza da malsauns e la reduzziun da las premias (LARP)

Midada dals ...

Il cussegl grond dal chantun Grischun,

sa basond sin ils art. 31 al. 1 ed 87 da la constituziun chantunala,
sunter avair gi' invista da la missiva da la regenza dals ...,

concluda:

I.

La lescha davart l'assicuranza da malsauns e la reduzziun da las premias
dals 26 da november 1995 vegn midada sco suonda:

Art. 1

Competenzas
1. vischnancas

Art. 2

¹ L'institut d'assicuranza sociala dal chantun Grischun (IAS) è l'auto-
ritad chantunala ch'è cumpetenta tenor l'artitgel 64a LAMal per
communitgar las pretensiuns dals assicuraders che resultan da
l'assicuranza obligatorica per la tgira da personas malsaunas e che
han chaschunà ch'in attest da perdita u ch'in titel giuridic equivalent
ha stui vegnir emess.

2. institut
d'assicuranza
sociala

² A donn e cust dal chantun surpiglia el la part che vegn prescritta dal
dretg federal da las pretensiuns dals assicuraders ch'èn confermads
dal post da revisiun.

Art. 2a

Las assicuranzas ston communitgar al IAS las debitoras ed ils
debiturs che vegnan stumads.

Communicaziun
da las personas
assicuradas
negligentas

Art. 11 al. 1 e 2

¹ aboli

² aboli

Art. 11a

¹ Il IAS maina en il senn da l'artitgel 64a alinea 7 LAMal ina glista da las personas assicuradas che n'adempleschan betg lur obligaziun da pajar las premias, malgrà ch'ellas èn vegnidas stumadas.

² abolì

Art. 14 al. 1

abolì

Art. 15

¹ La regenza surveglia la realisaziun da la reducziun da las premias.

² Ella designescha il post da revisiun tenor l'artitgel 64a alinea 3 LAMal.

Art. 16 al. 1 e 2

¹ Il IAS exequescha la reducziun da las premias **per incumbensa dal chantun. Entaifer** il IAS exequescha la cassa da cumpensaziun da la AVS la reducziun da las premias.

² Las incumbensas vegnan fixadas en ina cunvegna da prestaziun tranter la regenza ed il IAS. Il chantun paja al IAS ils custs d'administraziun. L'indemnisaziun po vegnir fatga en furma d'ina pauschala che dependa da la prestaziun.

Art. 22a

Applicaziun dal dretg da fin ussa

Per premias e per participaziuns als custs pendentas, da las qualas il termin da pajament è scadì avant l'entrada en vigur da questa revisiun parziala, vegn applitgada la procedura tenor il dretg da fin ussa.

II.

Questa revisiun parziala è suttamessa al referendum facultativ.
La regenza fixescha il termin da l'entrada en vigur.

Legge sull'assicurazione malattie e la riduzione dei premi (LAMRP)

Modifica del ...

Il Gran Consiglio del Cantone dei Grigioni,

visti l'art. 31 cpv. 1 e l'art. 87 della Costituzione cantonale,
visto il messaggio del Governo del ...,

decide:

I.

La legge sull'assicurazione malattie e la riduzione dei premi del 26 novembre 1995 è modificata come segue:

Art. 1

Competenze
1. Comuni

Art. 2

¹ L'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni (IAS GR) è, ai sensi dell'articolo 64a LAMal, l'autorità cantonale competente per la comunicazione delle pretese degli assicuratori risultanti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che hanno condotto al rilascio di un attestato di carenza di beni o di un titolo giuridico equivalente.

2. Istituto delle assicurazioni sociali

² Esso si assume a carico del Cantone la quota prescritta dal diritto federale alle pretese degli assicuratori confermate dall'organo di revisione.

Art. 2a

Gli assicuratori devono comunicare i nomi dei debitori contro i quali viene avviata una procedura esecutiva.

Comunicazione degli assicurati morosi

Art. 11 cpv. 1 e 2

¹ Abrogato

² Abrogato

Art. 11a

¹ Ai sensi dell'articolo 64a capoverso 7 LAMal, l'IAS GR tiene un elenco degli assicurati che nonostante l'esecuzione non pagano i premi.

² Abrogato

Art. 14 cpv. 1

Abrogato

Art. 15

¹ Il Governo esercita la vigilanza sull'esecuzione della riduzione dei premi.

² Esso designa un organo di revisione secondo l'articolo 64a capoverso 3 LAMal.

Art. 16 cpv. 1 e 2

¹ L'IAS GR esegue la riduzione dei premi su incarico del Cantone. All'interno dell'IAS GR la riduzione dei premi è attuata dalla Cassa di compensazione AVS.

² I compiti vengono stabiliti in un mandato di prestazioni tra il Governo e l'IAS GR. Il Cantone indennizza all'IAS GR le spese amministrative. L'indennizzo può avvenire sotto forma di una forfetaria commisurata alle prestazioni.

Art. 22a

Applicazione del diritto previgente

A premi e partecipazioni ai costi in sospenso, giunti a scadenza prima dell'entrata in vigore della presente revisione parziale, si applica la procedura secondo il diritto previgente.

II.

La presente revisione parziale è soggetta a referendum facoltativo.

Il Governo stabilisce la data dell'entrata in vigore.

Auszug aus dem geltenden Recht

Gesetz über die Krankenversicherung und die Prämienerbilligung (KPVG)

Gestützt auf Art. 97 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994¹⁾

vom Volke angenommen am 26. November 1995²⁾

I. Versicherungspflicht

Art. 1

¹⁾ Die Gemeinden sind für den Vollzug der Versicherungspflicht zuständig. Zuständigkeit

²⁾ Sie sorgen dafür, dass jede pflichtige Person für Krankenpflege versichert ist. Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, weisen sie einem Versicherer zu.

³⁾ Die Regierung kann für bestimmte Personenkategorien andere Zuständigkeiten bestimmen.

Art. 2

Die Gemeinden haben den Versicherern die uneinbringlichen Mitgliederbeiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherungspflichtigen im Umfang des Leistungsobligatoriums zu ersetzen. Die Gemeinden besitzen für ihre Zahlungen das Rückgriffsrecht auf die Pflichtigen Übernahme
uneinbringlicher
Beiträge und
Kosten-
beteiligungen

¹⁾ SR 832.10

²⁾ B vom 7. März 1995, 46; GRP 1995/96, 15, 97

³⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 2002; B vom 26. Juni 2001, 129; GRP 2001/2002, 248

II. Prämienverbilligung

1. SYSTEM

Art. 11¹⁾

Auszahlung der
Prämienver-
billigung

¹ Die Prämienverbilligung wird unter Vorbehalt von Absatz 2 der anspruchsberechtigten Person ausbezahlt.

² Sofern die im Kanton tätigen Versicherer zur Mitwirkung bei der Prämienverbilligung zu den von der Regierung festgelegten Bedingungen bereit sind, wird die Prämienverbilligung über die Versicherer ausbezahlt. In diesem Fall bestehen keine direkten Ansprüche der anspruchsberechtigten Personen gegenüber dem Kanton.

³ Behörden oder Dritten, welche einer Person die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bevorschussen, können sich den Anspruch auf Prämienverbilligung abtreten lassen, sofern die Auszahlung nicht an die Versicherer erfolgt.

⁴ ²⁾ Die Regierung kann die Auszahlung geringfügiger Beträge ausschliessen.

Art. 14

Finanzierung

¹ Die für die Prämienverbilligung erforderlichen Mittel werden finanziert durch:

- a) Beiträge des Bundes;
- b) ³⁾ Beiträge des Kantons, soweit sie zur Auslösung der Bundesbeiträge dienen.

² ⁴⁾

2. ORGANISATION UND VERFAHREN

Art. 15

Aufsicht

Die Regierung übt die Aufsicht über die Durchführung der Prämienverbilligung aus.

¹⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 2002; siehe FN zu Art. 1

²⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 2002; siehe FN zu Art. 1

³⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 2002; siehe FN zu Art. 1

⁴⁾ Aufgehoben gemäss Volksbeschluss vom 3. März 2002; siehe FN zu Art. 1

Art. 16¹⁾

¹ Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden (SVAG) vollzieht die Prämienverbilligung. Innerhalb der SVAG führt die AHV-Ausgleichskasse die Prämienverbilligung durch.

Vollzug
1. Durchführungsstelle

² Die Aufgaben werden in einer Leistungsvereinbarung zwischen der Regierung und der SVAG festgehalten. Der Kanton vergütet der SVAG den Verwaltungsaufwand. Die Entschädigung kann in Form einer leistungsabhängigen Pauschale erfolgen.

³ ²⁾ Für Personen ohne Wohnsitz im Kanton Graubünden kann die Regierung den Vollzug der Prämienverbilligung einer anderen Stelle übertragen.

¹⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 2002; siehe FN zu Art. 1

²⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 2002; siehe FN zu Art. 1

Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)

Chur, den 1. März 2011

Sehr geehrte Frau Landespräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen hiermit die Botschaft und den Entwurf für eine Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz; BR 506.000).

Der mit der vorliegenden Botschaft unterbreitete Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes beinhaltet die Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007 im Bereich der Spitalfinanzierung auf kantonaler Ebene. Die Umsetzung der Vorgaben im Bereich der Spitalplanung erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt mittels einer separaten Revisionsvorlage des Krankenpflegegesetzes.

Der Handlungsspielraum des kantonalen Gesetzgebers bei der Ausgestaltung des Spitalfinanzierungssystems ist beschränkt. Die Höhe des von der öffentlichen Hand zu leistenden Anteils an den Vergütungen der stationären Behandlungen der Spitäler einschliesslich des Zuschlags für die Anlagenutzungskosten wird durch das KVG und die zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen bestimmt. Die Pauschalen haben sich gemäss dem KVG an den Kosten der wirtschaftlichen Spitäler mit der notwendigen Qualität zu orientieren. Der kantonale Gesetzgeber kann insbesondere noch festlegen, welche Leistungen der Spitäler als gemeinwirtschaftlich gelten und entsprechend von der öffentlichen Hand abgegolten werden und in welchem Verhältnis die Beiträge der öffentlichen Hand an die Spitäler zwischen dem Kanton und den Gemeinden aufgeteilt werden. Die Schwierigkeit bei der Erarbeitung der vorliegenden Botschaft besteht darin, dass Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage nur sehr beschränkt möglich sind, da weder die Höhe der Fallpauschalen für die Abgeltung der stationären Behandlung von krankenpflegeversicherten

Patienten noch die Höhe des Zuschlags für die Anlagenutzungskosten bekannt sind und der Gesetzgeber die Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht definiert hat.

Der vorliegende Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes hält an der Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden zur Sicherstellung der Spitalversorgung fest und sieht eine harmonisierte Aufteilung der hierfür anfallenden Kosten auf den Kanton und die Gemeinden im bisherigen Rahmen vor.

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 müssen die kantonalen Spitalplannungen 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 KVG).
- 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 gesamtschweizerisch 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 Kantoneinwohnern in Privatspitälern zu beteiligen, wenn sich diese auf einer Spitalliste befinden. Die Zusatzversicherungen haben nur noch 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 die Kantone ist die Aufnahme der betreffenden Einrichtung auf die Spitalliste eines Kantons. Anspruch auf Beiträge der Kantone 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 tarifizierte 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 universitären Medizinalberufe (SR 811.11) geregelten Berufe und die Kosten der Weiterbildung der im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe geregelten Berufe nach dem Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels 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 Prozent 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 Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens zwei 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). Die Differenz zum Tarif des ausserkantonalen Spitals für Kantonseinwohner hat die versicherte Person oder deren Zusatzversicherer zu tragen.

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.

Universitäre Lehre und Forschung	⇒	Bund/Trägerschaft/ öffentliche Hand
Übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen	⇒	Trägerschaft/ öffentliche Hand
Stationäre Behandlung (Abgeltung der bei wirtschaftlicher Betriebsführung resultierenden Kosten inklusive Abschreibungen und Kapitalzinsen ohne Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen)	⇒	Öffentliche Hand ≥ 55%
		Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ≤ 45%

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

3.2. Änderung vom 22. Oktober 2008 der Verordnung über die Kosten- ermittlung 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 10000 Franken und mehr.

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

¹ 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.

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

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

⁴ 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.

4. Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen

4.1. Vorgaben des Bundes

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG haben die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital oder einem Geburtshaus leistungsbezogene Pauschalen zu vereinbaren. Die Pauschalen müssen dabei auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen.

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 Tarifierstellung;
- 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.

ten. 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 Art. 59d musste 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 musste dieser Tarifvertrag einen gemeinsamen 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

4.2.1. SwissDRG

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.

Am 18. Juni 2010 hat der Bundesrat den von santésuisse, H+ Die Spitäler der Schweiz (nachfolgend H+) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (nachfolgend GDK) unterzeichneten Tarifvertrag genehmigt. Die Tarifpartner haben für die Vergütungen der Leistungen im akutsomatischen stationären Bereich die gesamtschweizerisch einheitliche SwissDRG-Struktur Version 2.0 vereinbart. Im Beschlussdispositiv wurden die Tarifpartner aufgefordert, die noch fehlenden Unterlagen betreffend Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierstellung, Monitoring inklusive Korrekturmassnahmen und Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs bis zum 31. Dezember 2010 nachzureichen.

Die SwissDRG AG hat gemäss Medienmitteilung vom 4. Januar 2011 auf Ende 2010 termingerecht und umfassend auf die Forderungen und Auflagen des Bundesrates für die Genehmigung der Tarifstruktur geantwortet.

Das Ergebnis der Beurteilung der eingereichten Unterlagen durch den Bundesrat war im Zeitpunkt der Verabschiedung der vorliegenden Botschaft nicht bekannt. Gemäss Aussage des zuständigen Vizedirektors des Bundesamtes für Gesundheit gegenüber den Medien haben die Tarifpartner die vom Bundesrat gemachten Auflagen nicht erfüllt.

4.2.2. Anlagenutzungskosten

Die SwissDRG AG hat der Wirtschaftsunternehmung KPMG Anfang 2010 den Auftrag erteilt, so rasch als möglich gesamtschweizerisch die Investitionen und Anlagenutzungskosten zu erheben. Die Ergebnisse sollten Auskunft über das zu erwartende Kostenvolumen der Anlagenutzung sowie Hinweise über allfällige Schwierigkeiten bei deren Bewertung geben.

Die KPMG hält in ihrem Bericht vom 23. Juli 2010 fest, dass die Anlagebuchhaltung der untersuchten Spitäler einen uneinheitlichen Standard aufweisen, was die Vergleichbarkeit der Daten erschwert. Die Spitäler sind gemäss den Feststellungen der KPMG mit der Umsetzung der Bestimmungen zur VKL in Bezug auf die Anlagebuchhaltung noch nicht so weit, wie dies mit der Umsetzung der Pauschalen selbst der Fall ist. Eine Kalkulation des Zuschlages für die Anlagenutzungskosten auf Basis der Daten 2010 birgt nach Beurteilung der KPMG entsprechend die Gefahr, dass die Anlagenutzungskosten ab 2012 nicht ausreichend abgegolten werden.

In Würdigung des Umstandes, dass sich die Bestimmung der Höhe der Abgeltung der Anlagenutzungskosten gemäss dem Bericht der KPMG aus dem vorhandenen Datenmaterial nicht ableiten lässt, hat sich der Verwaltungsrat der SwissDRG AG gemäss Mitteilung von H+ am 3. Dezember 2010 als Übergangslösung auf folgendes Vorgehen geeinigt:

- Die Anlagenutzungskosten werden für eine Übergangszeit von drei Jahren normativ durch einen national einheitlichen Zuschlag, abgestuft für die Akutsomatik, die Psychiatrie und die Rehabilitation, berücksichtigt. Ob eine Differenzierung des Zuschlages innerhalb der akutsomatischen Spitäler erfolgen soll, ist noch offen.
- Der Normzuschlag auf die Baserate beziehungsweise auf die Tarife in der Rehabilitation und in der Psychiatrie soll einfach sein und nicht zu Anwendungsfragen bei den Tarifverhandlungen führen.
- Es gibt nach den drei Jahren keine Kompensation bei allfällig zu hohen oder zu tiefen Zuschlägen.

Die konkreten Zuschläge sollen bis zur nächsten Sitzung des Verwaltungsrates Ende Februar 2011 ausgehandelt werden.

4.2.3. Abgeltung neuer Behandlungen und Untersuchungen

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat am 3. Dezember 2010 gemäss Mitteilung von H+ Rahmenbedingungen für die Einrechnung neuer Leistungen («Innovationen») in die Tarifstruktur SwissDRG abgesteckt. Die entsprechende Regelung soll bis Ende Februar 2011 verabschiedet werden.

4.3. Tarifsystem für stationäre Rehabilitation und Psychiatrie sowie für stationäre Leistungen in Geburtshäusern

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 Geburtshäusern. Zurzeit konzentrieren sich die Arbeiten auf diverse Pilotprojekte, in welche die SwissDRG AG nicht direkt involviert ist.

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

Gemäss Medienmitteilung vom 4. Januar 2011 wird die SwissDRG AG für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation ab 2011 ein national einheitliches Tarifierungssystem entwickeln. Anders als für die Akutsomatik kann für diese Bereiche nicht auf ein bestehendes und praxiserprobtes Tarifmodell zurückgegriffen werden.

4.4. Begleitmassnahmen zur Qualitätsförderung

Die SwissDRG AG hat, wie ihrer Website zu entnehmen ist, gemeinsam mit ihren Partnern konkrete Regelungen zur Qualitätsförderung erarbeitet, um einer Einschränkung der optimalen Behandlungsqualität durch das Tarifsystem entgegen zu wirken. Die Begleitmassnahmen betreffen folgende Bereiche:

Dauer des Spitalaufenthaltes

Um dem wirtschaftlichen Anreiz einer verfrühten Entlassung zu begegnen, müssen Spitäler einen Abschlag auf ihre Fallpauschale in Kauf nehmen, falls der Patient kürzer als bei der vorliegenden Erkrankung üblich im Spital bleibt. Zudem erhalten Spitäler keine zusätzliche Fallpauschale, falls ein Patient innerhalb einer bestimmten Frist wegen der gleichen Erkrankung oder

Komplikationen wieder stationär aufgenommen werden muss. Bestimmte Krankheitsbilder, bei denen eine regelmässige Wiederaufnahme medizinisch begründet ist, sind von dieser Regelung ausgenommen.

Qualität der medizinischen Behandlung

Diverse DRG-Studien haben gezeigt, dass Wirtschaftlichkeit nicht zu Lasten der Patienten geht. In der Schweiz haben der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie H+ Messkriterien entwickelt. Sie werden regelmässig ihre Berichte zur Entwicklung der Behandlungsqualität in Schweizer Spitälern publizieren.

Aus- und Weiterbildung von medizinischem und pflegerischem Personal

Die Partner im Gesundheitswesen erarbeiten derzeit Lösungen, damit Spitäler, die sich in der Aus- und Weiterbildung engagieren, nicht finanziell benachteiligt werden gegenüber solchen, die nicht ausbilden.

Zusammenspiel stationäre und ambulante Behandlung

Die Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass in Folge der Einführung von Fallpauschalen mehr Behandlungen ambulant durchgeführt und Patienten früher vom Spital in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen verlegt werden. Diese Entwicklung ist gewünscht und in der Regel auch medizinisch sinnvoll. Fallpauschalen fördern die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern und reduzieren Doppelspurigkeiten in der Behandlung. Die zukünftige Entwicklung der Kosten und Leistungsmengen in den Spitälern wird gemäss Gesetzauftrag überwacht.

4.5. Evaluation der KVG-Revision betreffend Spitalfinanzierung

Die Universitäten Zürich und Genf haben zusammen mit der Berner Fachhochschule im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit eine Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation der mit der KVG-Revision verfolgten Ziele (Kostendämpfung, Wahlfreiheit der Versicherten, Qualitätssicherung, Transparenz für die Akteure im Gesundheitswesen bezüglich Kosten, Qualität der Leistungen und Finanzflüsse) erarbeitet.

Der Schlussbericht vom 30. Juni 2010 kann über folgende Website heruntergeladen werden:

www.aramis.admin.ch/Default.aspx?page=Texte&ProjectID=27760

Die Studie dient der Vorbereitung des zukünftigen Evaluationsprogramms der Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.

5. Abgeltung der Ausbildungsleistungen im Bereich der nicht-universitären Aus- und Weiterbildung durch die Krankenversicherer

5.1. Ausgangslage

Gestützt auf Art. 49 Abs. 1 KVG werden auf den 1. Januar 2012 in allen Spitälern und Kliniken für die stationären Behandlungen leistungsbezogene Fallpauschalen eingeführt. Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems gehören die Kosten der betrieblichen Aus- und Weiterbildung in den nicht-universitären Gesundheitsberufen zu den anrechenbaren Kosten und Leistungen und sind damit nach den Regeln von Art. 49a KVG zu finanzieren. Das Gesetz lässt jedoch offen, wie die Finanzierung konkret zu regeln ist.

5.2. Empfehlungen der GDK

An der Plenarversammlung vom 25. November 2010 hat die GDK den kantonalen Gesundheitsdepartementen und den Tarifpartnern empfohlen, bei der Modellwahl für die Finanzierung und der Steuerung der betrieblichen Ausbildung von nicht-universitärem Gesundheitspersonal die folgenden Grundsätze zu beachten:

- Die Betriebe werden im Rahmen ihres Ausbildungspotenzials zur Aus- und Weiterbildung gemäss Modell 1 verpflichtet;
- Die Abgeltung («Preis») wird pro Berufsgruppe/Ausbildungsstufe auf der Grundlage der Nettonormkosten mit Pauschalbeiträgen festgelegt. Die Normkosten werden auf Basis der tatsächlichen und transparent ausgewiesenen Leistungen bestimmt;
- Betriebe, die sich bei der Ausbildung stärker engagieren, dürfen deswegen wirtschaftlich nicht benachteiligt werden;
- Die Regelung muss eine analoge Lösung für den Langzeit- und den Spixbereich erlauben (Gesamtsicht).

Das Modell 1 beruht auf dem Prinzip, dass die Betriebe qualitativ und quantitativ dasjenige Personal ausbilden, das sie selber brauchen. Basis für die Festlegung der Ausbildungsleistung bildet das Ausbildungspotenzial des Betriebes. Das Ausbildungspotenzial entspricht der Menge an Ausbildungsleistungen, die ein Betrieb aufgrund verschiedener Faktoren überhaupt erbringen kann. Für die Berechnung dieses Potenzials erstellt der Kanton einheitliche Vorgaben, die sich am Personaletat, an der Struktur (Typ, Angebote), an den Leistungen (stationär, ambulant, therapeutisch, diagnostisch) sowie allenfalls weiteren Gegebenheiten eines Betriebs orientieren. Die ein-

zelen Ausbildungseinheiten (z.B. Praktikumswochen Pflege HF oder Lehrjahr FaGe etc.) werden mit einer bestimmten Punktzahl hinterlegt. Auf der Grundlage des ermittelten Ausbildungspotenzials wird die konkrete Ausbildungsleistung definiert. Die Betriebe werden darauf verpflichtet, die Punktezahl zu erfüllen, haben jedoch einen gewissen Spielraum, mit welchem konkreten Ausbildungstätigkeiten sie dies tun. Der Punktezahl entspricht ein Frankenbetrag. Dieser Totalbetrag wird anschliessend durch die Summe der Kostengewichte des Betriebs dividiert, woraus der Betrag resultiert, der als Ausbildungskostenanteil in die betriebliche Baserate einbezogen werden muss.

Der Kanton überprüft, ob die vereinbarte Ausbildungsleistung erbracht wurde oder nicht. Dabei ist ein gewisser Toleranzwert festzulegen. Wurde die Ausbildungsleistung nicht erfüllt, so muss der Fehlbetrag zurückgezahlt (oder bei der Festlegung der neuen Ausbildungsentschädigung abgezogen) werden.

Die technische und rechtliche Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung und der Abgeltung bleibt den Kantonen überlassen.

5.3. Modell Graubünden

Das vom Kanton Graubünden erarbeitete Modell (Art. 35b der Verordnung zum Krankenpflegegesetz) unterscheidet sich gegenüber dem Modell 1 des Beschlussvorschlages des GDK-Vorstandes insbesondere in folgenden Punkten:

- Das Ausbildungspotenzial der Betriebe wird in der in Aussicht genommenen Änderung der Verordnung zum Gesundheitsgesetz analog zu der in Art. 17 Abs. 1 und 6 sowie Art. 21 für die Alters- und Pflegeheime und die Spitex-Dienste enthaltenen Regelung abschliessend und verbindlich definiert.
- Den Betrieben wird kein Spielraum bei der Umsetzung zugestanden.
- Betrieben, welche die von der Regierung festgelegte Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe nicht zur Verfügung stellen, können die Nicht-KVG-Beiträge des Kantons um fünf bis dreissig Prozent gekürzt werden. Auf eine Kürzung kann verzichtet werden, wenn für fehlende Ausbildungs- und Praktikumsplätze Ausbildungsbeiträge in den Ausbildungsfonds des Bündner Spital- und Heimverbandes entrichtet werden. Das Reglement des Ausbildungsfonds und die Höhe der zu entrichtenden Ausbildungsbeiträge bedürfen der Genehmigung der Regierung.

Das Modell des Kantons Graubünden ist gegenüber dem Modell 1 des Beschlussvorschlages des GDK-Vorstandes wesentlich einfacher und damit auch deutlich praktikabler, wobei sich bei diesem Modell das Ziel, dass genügend und dem qualitativen Bedarf entsprechend Personal ausgebildet wird, ebenso gut wie beim Modell 1 sichergestellt werden kann.

Das Zentralsekretariat der GDK hat auf Anfrage des Departementes für Justiz, Sicherheit und Gesundheit bestätigt, dass das Modell des Kantons Graubünden hinsichtlich der Steuerung der betrieblichen Ausbildung mit dem Modell 1 des Beschlusses der GDK-Plenarversammlung kompatibel ist. Die Finanzierung der Ausbildungsleistungen erfolgt auch beim Modell des Kantons Graubünden nach den Regeln von Art. 49a KVG, das heisst über die zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern zu vereinbarenden Fallpauschalen.

6. Klärung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität

6.1. 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 anhand der Auswertung der Daten von 74 Spitälern eine Berechnungsmethode zur Ermittlung der Fallkosten der Spitäler für akut-stationäre Fälle der Allgemeinen Abteilung erarbeitet. Von der Arbeitsgruppe wurde die Frage offen gelassen, ob und zu welchem Betrag Notfallvorhalteleistungen als besondere Lasten zu Buche schlagen. Gemäss ihrer abschliessenden Feststellung kann ein Vorgehen für die Tarifierung und Betriebsvergleiche im Augenblick noch nicht empfohlen werden.

Der GDK-Vorstand hat am 15. April 2010 der Methode 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. Die Verfeinerung des Modells zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, allenfalls mit einer Verständigung über Betriebsvergleiche (Benchmarking), soll bis Ende März 2011 abgeschlossen sein.

6.2. Eingabe der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone und der Kantone der Zentralschweiz an den Bundesrat zur Klärung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität

Mit Schreiben vom 7. Dezember 2010 haben die GDK der Ostschweizer Kantone und die GDK der Kantone der Zentralschweiz den Bundesrat ersucht, das Bundesamt für Gesundheit anzuweisen, die Begriffe «Wirtschaftlichkeit» und «Qualität» im Sinne der Schaffung von Rechtssicherheit und Transparenz bis spätestens 31. März 2011 verbindlich zu Händen der Kantone, der Leistungserbringer und der Krankenversicherer zu definieren. Das Bundesamt für Gesundheit habe sich bis heute nicht dazu geäußert, wann eine Leistungserbringung effizient und günstig erbracht wird und welche Qualität der Leistungserbringung notwendig sei. Eine Klärung dieser Begriffe sei für die Kantone angesichts der sich im Gang befindenden Arbeiten zur Spitalplanung und zum Erlass der Spitalliste wie auch im Hinblick auf die demnächst erstmals nach neuem Recht vorzunehmenden Tarifgenehmigungen beziehungsweise Tariffestlegungen dringlich. Es sei unbedingt zu verhindern, dass die Definition dieser Begriffe wie in der Vergangenheit bei den Beschwerdeverfahren vor dem Bundesrat erst im Nachhinein in den zu erwartenden Beschwerdeverfahren durch das Bundesverwaltungsgericht unter Abstützung auf entsprechende nachträgliche Stellungnahmen des Bundesamtes für Gesundheit erfolge. Zudem ersuchten die beiden Konferenzen den Bundesrat, die schweizweiten Betriebsvergleiche gemäss Art. 49 Abs. 8 unverzüglich anzuordnen und sicherzustellen, dass die Daten dieses Vergleichs bis Ende April 2011 für die Tarifverhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern für die kantonale Genehmigung oder allenfalls Festsetzung der Spitaltarife 2012 zur Verfügung stehen. Ohne ein solches Vorgehen sei die ordnungsgemässe Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 in Frage gestellt.

In seiner Antwort vom 26. Januar 2011 führte der Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern aus, dass die Wirtschaftlichkeit seit dem Inkrafttreten des KVG im Jahre 1996 ein zentraler Begriff im Zusammenhang mit der Kosteneindämmung sei. Im Zusammenhang mit einer Vielzahl von Beschwerdeverfahren hätten der Bundesrat und später das Bundesverwaltungsgericht eine Beurteilungspraxis aufgebaut, die es im Lichte der Ende 2007 beschlossenen Gesetzesänderung neu zu beurteilen gelte.

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität im Rahmen der Spitalplanung obliege von Gesetzes wegen den Kantonen, im Zusammenhang mit den Tarifen seien in erster Linie die Tarifpartner für diese Beurteilung zuständig. Es sei sachlich nicht angebracht, wenn das Bundesamt für Gesundheit Begriffe definieren und Benchmarks festsetzen würde. Eine Stellungnahme des Bundesamtes für Gesundheit werde bis anhin in den ein-

zelen Beschwerdefällen zuhanden des Bundesverwaltungsgerichts abgegeben.

Der Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern stellte in Aussicht, die Anliegen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik aufzunehmen und den Regelungsbedarf sowie das weitere Vorgehen bei den Betriebsvergleichen gemeinsam mit den Kantonen zu klären.

6.3. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 13. Dezember 2010 zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsvergleichen

In seinem Urteil vom 13. Dezember 2010 betreffend Festsetzung des OKP-Tarifs ab 2008 für das Kantonsspital Uri führte das Bundesverwaltungsgericht aus, dass sich weder das KVG noch die Ausführungsverordnungen zur anzuwendenden Methode des Wirtschaftlichkeitsvergleichs äusserten. Im stationären Bereich setze die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit mittels statistischer Methode in qualitativer Hinsicht voraus, dass die Vergleichsgruppen insbesondere ein vergleichbares Leistungsangebot und Patientengut umfassten.

Mit der Preisüberwachung sei davon auszugehen, dass es mit dem AP-DRG-System und der Kostengewichtsversion 5.1 grundsätzlich möglich sein sollte, die Spitäler intra- und interkantonal direkt zu vergleichen, unabhängig vom Tätigkeitsbereich und der Krankenhaustypologie. Der Schweregrad der Fälle werde mit dem Casemix-Index (CMI) berücksichtigt, indem Spitäler mit überdurchschnittlich komplizierten und kostenintensiven Fällen bei gleicher Baserate eine höhere Entschädigung erhielten.

Zu berücksichtigen beim auf den CMI abgestützten Vergleich seien besondere Verhältnisse der Referenzspitäler wie Anforderungen an die Notfallbereitschaft oder regionalpolitische Besonderheiten.

6.4. Konkretisierung der Anforderungen an die Qualität durch das BAG

In einer Besprechung mit einem Ausschuss der GDK-Arbeitsgruppe Spitalplanung Ende Januar 2011 hielt der zuständige Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit fest, dass die Qualitätsindikatoren noch nicht genügend ausgereift seien und dass man sich diesbezüglich in einem laufenden Prozess befinde. Die Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes sei im Gang und das BAG könne bei der Qualitätsbeurteilung nicht mehr als den aktuellen Stand der Umsetzung zum Zeitpunkt der Erstellung der Spitalliste fordern. Massgebend sei der Status des gemeinsam erarbeiteten Prozesses.

7. Notwendigkeit der Anpassung des kantonalen Spitalfinanzierungssystems

Die Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007 im Bereich der Spitalfinanzierung bedingt eine umfassende Anpassung des kantonalen Spitalfinanzierungssystems. Die wichtigsten Punkte des neuen Spitalfinanzierungssystems sind im Krankenpflegegesetz abzubilden.

Die Schwierigkeit besteht darin, dass die Höhe der Fallpauschalen und des Zuschlags auf den Fallpauschalen für die Anlagenutzungskosten im Zeitpunkt der Verabschiedung der Botschaft nicht bekannt sind und damit Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung zwangsläufig nur sehr vage gemacht werden können.

II. Aktuelles kantonales Spitalfinanzierungssystem

Die geltende Finanzierung der Spitäler und Kliniken durch den Kanton und die Gemeinden ist in Art. 11 ff. KPG geregelt. Sie lässt sich in vier Kategorien einteilen.

1. Akutsomatische Spitäler und Kliniken im Kanton

1.1. Öffentliche Spitäler

1.1.1. Betriebsbeiträge

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

- Kantonsspital Graubünden in Chur
- Spital Oberengadin in Samedan
- Spital Davos in Davos
- Regionalspital Surselva in Ilanz
- Krankenhaus Thuisis in Thuisis
- 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 öffentlichen 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

Die Krankenversicherer vereinbaren mit den Spitälern die Tarife für die Abgeltung der stationären Leistungen unabhängig vom kantonalen Finanzierungssystem.

Beiträge an die medizinischen Leistungen (Art. 18 Abs. 3, Art. 18a Abs. 1 lit. d, Art. 18b und Art. 18c KPG)

Die Beiträge an die medizinischen Leistungen bilden den Hauptteil der Betriebsbeiträge. Seit 2005 werden sie fallschwerebezogen ausgerichtet. 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 an den anerkannten Fallaufwand ein Abzug vorgenommen. Der Abgabesatz wird vom Grossen Rat jährlich im Kantonsbudget festgelegt.

Für das Jahr 2011 hat der Grosse Rat folgende Abgabesätze festgelegt:

- für ausserkantonale Patienten: 11.3 Prozent für das Kantonsspital Graubünden und 7.5 Prozent für die übrigen Spitäler;
- für Halbprivat- und Privatpatienten sowie Selbstzahler: 15 Prozent für das Kantonsspital Graubünden und zehn Prozent für die übrigen Spitäler.

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 bei wirtschaftlicher Führung und angemessener Ausgestaltung und Organisation des Rettungsdienstes 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 bis zur Einführung einer leistungsbezogenen Finanzierung am 1. Januar 2012 geltenden 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 ausgeschlossen werden. Die Beiträge des Kantons an die Aus- und Weiterbildungskosten der Spitäler werden auf der 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. Gemäss Art. 18a Abs. 2 KPG beträgt der Gesamtkredit für die Beiträge an das Bereitschaftswesen des stationären Bereichs 35 Prozent der im vorangehenden Jahr für ausserkantonale Patienten, Halbprivat- und Privatpatienten sowie Selbstzahler vorgenommenen Abzüge auf dem anerkannten Fallaufwand. Gemäss Art. 18f teilt die Regierung den Gesamtkredit für das Bereitschaftswesen der Spitäler insbesondere unter Berücksichtigung des Angebotes mit Beitragsberechtigung für das Bereitschaftswesen des stationären Bereichs und der Einnahmen aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten sowie Selbstzahlern auf die einzelnen Spitäler auf.

1.1.2. 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 KPG gestützt auf den vom Grosse 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.

1.2. Privatkliniken und Geburtshäuser

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

- Klinik Gut mit Standorten in St. Moritz und Chur
- Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang
- 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 anderer betrieblicher 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 kantonale 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. Rehabilitationskliniken

Aktuell werden im Kanton Graubünden vier Rehabilitationskliniken betrieben:

- Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang
- Tgea Sulegl in Andeer
- Rehabilitationszentrum Seewis
- Zürcher Höhenklinik Davos

Bei den ersten drei handelt es sich um Privatkliniken, welche momentan weder Betriebs- noch Investitionsbeiträge des Kantons erhalten. Die Zürcher Höhenklinik wird durch den Kanton Zürich subventioniert.

5. Ausserkantonale Spitäler und Kliniken

Gemäss altrechtlichem, bis zur Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung am 1. Januar 2012 geltendem Art. 41 Abs. 3 KVG hat der Wohnkanton einer versicherten Person bei einer in einem ausserkantonalen Spital im Notfall sowie bei Nichtverfügbarkeit der medizinischen Leistung im Wohnkanton (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.

Die akutsomatische Grundversorgung der Bevölkerung des Misox und des Calancats und die psychiatrische Versorgung von erwachsenen italienisch sprechenden Patienten mit Wohnsitz in den italienischsprachigen Regionen des Kantons erfolgen hauptsächlich durch Spitäler und Kliniken im Kanton Tessin.

Die akutsomatische Grundversorgung der Bevölkerung des Misox und des Calancats wird im Auftrag des Kantons Graubünden durch die Ente Ospedaliero Cantonale (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.

Für die psychiatrische Versorgung von erwachsenen italienisch sprechenden Patienten mit Wohnsitz in den italienischsprachigen Regionen des Kantons hat die Regierung eine Vereinbarung mit dem Kanton Tessin abgeschlossen, welche die Behandlung in der Clinica psichiatrica cantonale in Mendrisio gewährleistet. Die anfallenden Kosten gehen zu Lasten des Kantons.

III. Vernehmlassungsverfahren

1. Vorgehen und Rücklauf

Das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG) arbeitete auf Grund der vom eidgenössischen Parlament am 21. Dezember 2007 beschlossenen Änderung des KVG einen Vernehmlassungsentwurf für die zur Anpassung des kantonalen Spitalfinanzierungssystems notwendige Teilrevision des KPG aus. Am 13. Oktober 2010 eröffnete das DJSG nach Freigabe durch die Regierung das Vernehmlassungsverfahren. Die Vernehmlassung dauerte bis am 31. Dezember 2010. Eingeladen wurden alle Gemeinden, die kantonalen Parteien, verschiedene Verbände und Fachorganisationen, alle Spitäler im Kanton Graubünden, die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden sowie alle kantonalen Departemente.

Insgesamt sind 81 Stellungnahmen eingegangen. Sechs politische Parteien, 44 Gemeinden, eine Gemeindepräsidentenkonferenz, sechs Regionalverbände, zwei Planungsregionen, 19 Spitäler und Fachverbände, eine Gewerkschaft, drei kantonale Departemente oder Dienststellen haben sich teilweise umfassend zur Vorlage geäußert.

2. Eckpunkte der Vernehmlassungsvorlage

2.1. Beiträge der öffentlichen Hand an die Leistungserbringer

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

2.1.1. Spitäler und Geburtshäuser

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

2.1.2. 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 die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen.
 - für den Notfall- und Krankentransportdienst
 - für universitäre Lehre und Forschung
 - für gemeinwirtschaftliche Leistungen
- 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.
 - 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.
 - Die Verpflichtung der öffentlichen Spitäler zu Abgaben auf den Einnahmen aus der stationären Behandlung von zusatzversicherten und ausserkantonalen Patienten an den Kanton wird aufgehoben.

2.2. Aufteilung der Beiträge der öffentlichen Hand zwischen Kanton und Gemeinden

Das vom Departement vorgesehene Finanzierungssystem ging 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.

2.2.1. Beiträge des Kantons und der Gemeinden

Der Vernehmlassungsentwurf sah hinsichtlich der gemeinsamen Finanzierung von Beiträgen durch den Kanton und die Gemeinden folgende Regelung vor:

- 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
 sofern die Patienten beziehungsweise deren Versicherer auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder eines letztinstanzlichen Tariftscheides keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen. Der Kanton legt das beitragsberechtigte Angebot in einer Vereinbarung mit der Einrichtung fest.
- Die bisherigen Investitionsbeiträge des Kantons und der Gemeinden entfallen. Sie werden durch einen Zuschlag auf den Fallpauschalen ersetzt.
- Die prozentuale Beteiligung des Kantons und der Gemeinden am Anteil der öffentlichen Hand an den Fallpauschalen ist neu für alle Spitäler gleich.

2.2.2. Änderung bei den Beiträgen der Gemeinden

Gegenüber der geltenden Regelung sah die geplante Regelung in Bezug auf die finanzielle Beteiligung der Gemeinden folgende Änderungen vor:

- Der von den Gemeinden zu leistende Anteil an den Vergütungen für stationäre KVG-, UVG-, IVG- und MVG-Leistungen wird im Gesetz festgeschrieben.
- Die Gemeinden haben sich neu auch bei sich auf einer Spitalliste befindenden ausserkantonalen Spitälern sowie bei inner- und ausserkantonalen Kliniken (Akut-, Rehabilitationskliniken und Psychiatrischen Kliniken) an den Vergütungen für stationäre KVG-, UVG-, IVG- und MVG-Leistungen zu beteiligen.
- Die Gemeinden tragen neu allein die Kosten der im Interesse der Spitalregion liegenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen der öffentlichen Spitäler.
- Für die Finanzierung der ungedeckten Betriebs- und Investitionskosten der Notfall- und Krankentransportdienste der öffentlichen Spitäler sind neu ausschliesslich die Gemeinden zuständig.
- Die Gemeinden beteiligen sich an den Investitionen nur noch mit 13 Prozent des Anteils der öffentlichen Hand an den Vergütungen für stationäre KVG-, UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen.

- 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.

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

2.2.3. Änderung bei den Beiträgen des Kantons

Gegenüber der geltenden Regelung sah die geplante Regelung in Bezug auf die finanzielle Beteiligung des Kantons folgende Änderungen vor:

- Der Kanton leistet neu Beiträge an die innerkantonalen privaten Spitäler und Kliniken für stationäre KVG-Pflichtleistungen.
- Der Kanton trägt die Kosten von im kantonalen Interesse liegenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen.
- Der Kanton trägt die Kosten von Verträgen mit ausserkantonalen Spitälern zur Sicherstellung der Versorgung.
- Während maximal zwei Jahren kann der Kanton durch die Tarifverträge nicht abgedeckte betriebswirtschaftlich notwendige Mehrkosten neuer wissenschaftlich allgemein anerkannter stationärer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finanzieren.
- Der Kanton kann kantonalen oder überregionalen Rettungsorganisationen ein Wartgeld gewähren.
- 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.

2.2.4. Zusammenfassung

In der nachstehenden Abbildung wird die in der Vernehmlassung vorgeschlagene Finanzierung der stationären KVG-Leistungen im Kanton zusammengefasst.

Spitalfinanzierung gemäss den KVG-Vorgaben

Spitalfinanzierung im Kanton gemäss Vernehmlassung

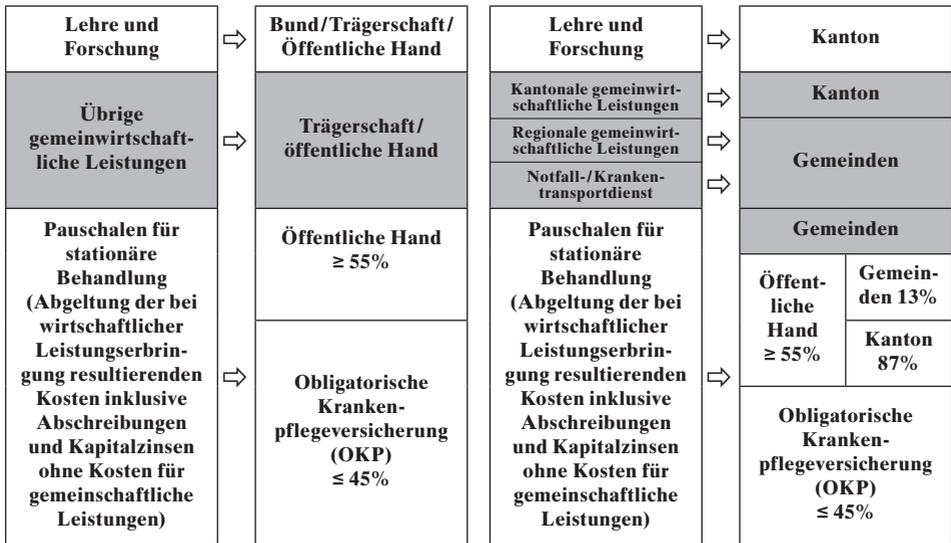


Abbildung 2: Umsetzung der KVG-Vorgaben zur Spitalfinanzierung im Kanton gemäss Vernehmlassung

3. Generelle Beurteilung der Vorlage

Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden unterstützte im Grundsatz die vorgeschlagene Stossrichtung zur Umsetzung der Neuordnung der Spitalfinanzierung des Bundes im Kanton Graubünden. Namentlich wurden insbesondere folgende Elemente der Vorlage positiv beurteilt:

- Beibehaltung der bewährten leistungsorientierten Finanzierung
- Beibehaltung des unternehmerischen Handlungsspielraums der Spitäler
- Harmonisierung der Beitragssätze des Kantons und der Gemeinden
- Beteiligung der Gemeinden der Spitalregion an den Kosten von ausserhalb der Spitalregion erfolgenden stationären Behandlungen von in der Spitalregion wohnenden Personen (sofern keine 100-prozentige Finanzierung durch den Kanton)

Die von den Vernehmlassungsteilnehmenden eingebrachten hauptsächlichsten Einwände und Anliegen lassen sich wie folgt nach Bereichen zusammenfassen:

Kanton

- Finanzierung des Anteils der öffentlichen Hand an den Kosten der stationären Behandlungen zu 100 Prozent durch den Kanton
- Übernahme der Restdefizite durch den Kanton statt durch die Trägerschaften und Gemeinden
- Übernahme der Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Bereitstellungsdienst beziehungsweise Vorhalteleistungen, etc.) durch den Kanton beziehungsweise Beteiligung des Kantons an den Kosten
- Übernahme der Kosten der Notfall- und Krankentransportdienste der Spitäler durch den Kanton beziehungsweise Beteiligung des Kantons an den Kosten
- Ausrichtung von Investitionsbeiträgen an stationäre Nicht-KVG-Fälle und an ambulante KVG- und Nicht-KVG-Fälle

Gemeinden

- keine Mehrbelastung der Gemeinden
- keine Erhöhung des Gemeindeanteils bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorgaben durch die Spitäler

Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Gemeinden

- gleicher Kostenteiler für gemeinwirtschaftliche Leistungen wie für die Leistungsbeiträge für stationäre Behandlungen

Notfall- und Krankentransportdienst der Spitäler

- Einbezug der Kosten der Dienstärzte in die Abgeltung des Notfall- und Krankentransportdienstes der Spitäler

Gemeinwirtschaftliche Leistungen der Spitäler

- keine Unterscheidung zwischen regionalen und kantonalen gemeinwirtschaftlichen Leistungen
- Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Gesetz

Betriebs- und Investitionsbeiträge an die Spitäler

- gesetzliche Regelung der Baserate-Berechnung
- fehlende Transparenz bezüglich der voraussichtlichen Höhe der Baserate
- Verzicht auf die Festlegung einer maximalen Hospitalisationsrate; eventuell Ermittlung der Einhaltung über den Kanton und nicht pro Spitalregion

- Aufhebung der Genehmigungspflicht für die Anschaffung medizinischer Apparate gemäss Art. 11a KPG
- Berücksichtigung der unterschiedlichen Einnahmemöglichkeiten der Spitäler aus der Behandlung von Privatpatienten bei den Beiträgen für den Bereitschaftsdienst
- Anpassung der Falldefinition und der Fallzählung an den SwissDRG Tarifvertrag
- Beibehaltung der Bestimmung von Art. 11 Abs. 4 KPG, wonach der Kanton für Investitionen, die im überregionalen Interesse liegen, einen (zusätzlichen) Investitionsbeitrag an ein Spital gewähren kann
- Vorfinanzierung des Gemeindeanteils durch den Kanton zur Verminderung des administrativen Aufwandes (Clearing der Gemeindebeiträge durch den Kanton)
- Einführung einer Vergütung für Palliative Care Leistungen
- Abgeltung der nicht über Tarife abgedeckten Aufwendungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung durch den Kanton
- keine Benachteiligung von Spitälern, die sich in der Aus- und Weiterbildung engagieren, gegenüber Spitälern, die sich in diesem Bereich nicht engagieren
- Gleichbehandlung der privaten und der öffentlichen Spitäler
- Ausnahme der öffentlichen Spitäler analog zu den privaten Spitälern von der Anwendung des Submissionsrechts

Ausgleich des Investitionsstandes der Spitäler

- Ausgleich des unterschiedlichen Investitionsstandes der einzelnen Spitäler (gemäss Bericht Keller) ohne Umwandlung der bisherigen Beiträge in Darlehen
- Verzicht auf den Ausgleich des unterschiedlichen Investitionsstandes der Spitäler

Tarifgenehmigungsvoraussetzungen

- Unzulässigkeit einer über das Bundesrecht hinausgehenden kantonalen Regelung
- Unterscheidung zwischen gerechtfertigter und nicht gerechtfertigter Mengenausweitung nicht praktikabel
- einheitliche Baserate für alle Spitäler im Kanton
- Anlagenutzungskosten deckender Investitionszuschlag auf den Fallpauschalen

Weitere Einwände und Anliegen

- Beibehaltung des Anhangs zum Krankenpflegegesetz
- Anhörung der Gemeinden / Regionen vor dem Erlass der Leistungsaufträge
- Pflegebereich wird in der Spitalfinanzierung nicht abgebildet
- verbindliche Gesamtarbeitsverträge für alle auf der Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer
- finanzielle Auswirkungen auf Grund der noch nicht bekannten Baserate nicht beurteilbar; die den Berechnungen zu Grunde gelegte Baserate von 9'710 Franken und der Investitionszuschlag von zwölf Prozent sind zu optimistisch, die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen im Vernehmlassungsbericht zu tief veranschlagt
- Aufzeigen der finanziellen Auswirkungen pro Spitalregion

4. Umgang mit den Einwänden und Anliegen

Nachfolgend wird auf die von den Vernehmlassungsteilnehmenden eingebrachten wesentlichen Einwände und Anliegen eingegangen, soweit dies nicht im Rahmen der Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen erfolgt.

4.1. Berücksichtigte Anliegen

4.1.1. Kanton

Beteiligung des Kantons an den Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen

In Würdigung der Vernehmlassung beteiligt sich der Kanton an allen gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler. Die in der Vernehmlassung vorgeschlagene Aufteilung in kantonale und regionale gemeinwirtschaftliche Leistungen wird fallen gelassen.

4.1.2. Gemeinden

Verzicht auf Erhöhung des Gemeindeanteils bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorgaben durch die Spitäler

Anstelle der im Vernehmlassungsentwurf vorgesehenen Erhöhung des Gemeindeanteils bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorgaben durch die Spitäler wird neu als Sanktion die Kürzung der Beiträge des Kantons an das

betreffende Spital für den Notfall- und Krankentransportdienst, die universitäre Lehre und die Forschung sowie für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen vorgesehen.

4.1.3. Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Gemeinden

Gleicher Kostenteiler für gemeinwirtschaftliche Leistungen wie für die Leistungsbeiträge für stationäre Behandlungen

Die Aufteilung des Beitrags des Kantons und der Gemeinden an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler erfolgt mit demselben Schlüssel wie für die medizinischen Leistungen.

4.1.4. Notfall- und Krankentransportdienste der Spitäler

Beteiligung des Kantons an den Kosten der Notfall- und Krankentransportdienste

Die Forderung nach einer Beteiligung respektive Übernahme der ungedeckten Kosten der Rettungsdienste durch den Kanton wird damit begründet, dass die Vorgaben des Kantons zur Führung des Rettungsdienstes den Spitälern praktisch keinen unternehmerischen Spielraum lassen und damit die Kosten von den Gemeinden kaum beeinflusst werden können.

Es trifft zu, dass der Kanton zur Sicherstellung einer raschen und adäquaten Rettung einheitliche Vorgaben an die Ausstattung und personelle Besetzung der Rettungsdienste machen. Für grössere Rettungsdienste wird eine IVR Anerkennung verlangt, für kleinere gelten reduzierte Anforderungen. Der Revisionsentwurf sieht entsprechend vor, dass sich der Kanton an den bei wirtschaftlicher Betriebsführung ungedeckten Kosten beteiligt.

Einbezug der Kosten der Dienstärzte in die Abgeltung des Notfall- und Krankentransportdienstes der Spitäler

Der Bündner Ärzteverein weist darauf hin, dass in Regionen, in welchen das Rendezvous-System (der Dienstarzt trifft sich mit der Ambulanz am Einsatzort) zur Anwendung gelangt, die Dienstärzte einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Rettung leisten. Entsprechend sollten sie auch eine Pikettdienstentschädigung erhalten.

Der Revisionsentwurf sieht vor, dass die Spitäler sich mit den Dienstärzten über die Organisation des Rettungswesens in ihrer Spitalregion abzusprechen haben. Der Beitrag des Kantons an die Rettungsdienste ist so zu bemessen, dass er auch den für die Sicherstellung der dienstärztlichen Versorgung notwendigen Beitrag an die Dienstärzte beinhaltet.

4.1.5. Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Keine Unterscheidung zwischen regionalen und kantonalen gemeinwirtschaftlichen Leistungen

In Würdigung der Vernehmlassung wird auf die Unterscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen in «im Interesse der Spitalregion» liegende und «im Interesse des Kantons» liegende gemeinwirtschaftliche Leistungen mit unterschiedlicher Finanzierung verzichtet. Die Aufteilung des Beitrags des Kantons und der Gemeinden an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der öffentlich subventionierten Spitäler im Kanton erfolgt mit demselben Schlüssel wie für die medizinischen Leistungen. Basis für die Festlegung des Beitrages bilden das in der Leistungsvereinbarung festgelegte Angebot sowie die Einnahmemöglichkeiten des Spitals aus dem Zusatzversicherungsbereich.

Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Gesetz

Die als gemeinwirtschaftlich geltenden und damit zu Beiträgen der öffentlichen Hand berechtigenden Leistungen der Spitäler werden im Gesetz aufgeführt. Massgebend für die Beitragsberechtigung und die Höhe des Beitrages ist die konkrete Ausgestaltung der Leistungsvereinbarung mit dem betreffenden Spital.

Einführung einer Vergütung für Palliative Care Leistungen

Im Rahmen der Beiträge an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist vorgesehen, auch Beiträge an die palliative Pflege auszurichten.

4.1.6. Betriebs- und Investitionsbeiträge an die Spitäler

Gesetzliche Regelung der Baserate-Berechnung

Der Revisionsentwurf sieht als Tarifgenehmigungsvoraussetzung vor, dass die zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern vereinbarten Pauschalen dem durchschnittlichen Fallaufwand der wirtschaftlichen Leistungserbringer mit der notwendigen Qualität zu entsprechen haben.

Damit soll sichergestellt werden, dass wirtschaftlich arbeitende Spitäler mit den zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern ausgehandelten Tarifen auskommen können.

Einheitliche Baserate für alle Spitäler im Kanton

Viele Vernehmlasser forderten eine gesetzliche Regelung zur Sicherstellung, dass im Kanton Graubünden für alle Spitäler dieselbe Baserate (nachfolgend wird für Baserate der Begriff «Basispreis» gemäss der SwissDRG Terminologie verwendet) zur Anwendung gelangt.

Es ist offensichtlich, dass ein DRG System nur dann gerecht ist, wenn für die gleiche Leistung die gleiche Entschädigung erfolgt. Dies bedingt, dass der gleiche Basispreis der Berechnung der Fallpauschalen der einzelnen Spitäler zu Grunde gelegt wird. Die unterschiedliche Fallschwere wird im DRG System durch das Kostengewicht abgebildet. Für die Berechnung der Fallpauschale des Spitals wird der Basispreis mit dem Kostengewicht der im betreffenden Spital behandelten Fälle multipliziert. In den Bestimmungen zur Tarifgenehmigung wird ein entsprechender Artikel eingefügt.

Berücksichtigung der unterschiedlichen Einnahmemöglichkeiten der Spitäler aus der Behandlung von Privatpatienten bei den Beiträgen für den Bereitschaftsdienst

Wie bereits im geltenden Gesetz werden die unterschiedlichen Einnahmemöglichkeiten der Spitäler bei der Verteilung des Gesamtkredites des Kantons für gemeinwirtschaftliche Leistungen an die einzelnen Spitäler berücksichtigt.

Verzicht auf die Festlegung einer maximalen Hospitalisationsrate; eventuell Ermittlung der Einhaltung über den Kanton

Die Forderung auf den Verzicht der Festlegung einer maximalen Hospitalisationsrate wird damit begründet, dass es der Spitalregion respektive den Gemeinden nicht möglich sei, die Anzahl der stationären Fälle zu steuern.

Diese Begründung ist nachvollziehbar. Die Regierung ist bereit, die im geltenden Recht enthaltene Festlegung einer maximalen Hospitalisationsrate fallen zu lassen. Um keinen Beitrag an unnötige stationäre Hospitalisationen leisten zu müssen, wird im Gegenzug im Gesetz explizit festgehalten, dass die Beiträge an stationäre Spitalaufenthalte nur dann erfolgen, wenn sie medizinisch indiziert sind.

Abgeltung der nicht über Tarife abgedeckten Aufwendungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung

Bei der Aus- und Weiterbildung handelt es sich um einen der wenigen Bereiche, deren Finanzierung im KVG und den darauf basierenden Verordnungen abschliessend geregelt ist. Demnach sind die Kosten für die universitäre Lehre und die Forschung nicht Bestandteil der Tarife. Alle übrigen Kosten für die Aus- und Weiterbildung sind demgegenüber in die Tarifberechnung einzubeziehen und über die Tarife abzugelten. Es fallen demnach, ausser den separat zu vergütenden Kosten der universitären Lehre und der Forschung, keine nicht über die Tarife gedeckten Aufwendungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung an.

Keine Benachteiligung von Spitälern, die sich in der Aus- und Weiterbildung engagieren, gegenüber Spitälern, die sich nicht in diesem Bereich engagieren

Die Regierung sieht vor, auf den 1. Januar 2012 in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz den Spitälern eine analoge Vorgabe zu machen, wie sie gemäss Art. 17 der Verordnung bereits für die Alters- und Pflegeheime, Pflegegruppen und Pflegewohnungen und gemäss Art. 21 für die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung gilt.

Gleichbehandlung der privaten und der öffentlichen Spitäler

Verschiedentlich wurde die Auffassung vertreten, dass die privaten Spitäler dieselben Rechte und Pflichten haben sollten wie die öffentlichen Spitäler, das heisst, dass sie einerseits auch Anspruch auf Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen haben sollten und dass andererseits für sie die gleichen Auflagen gelten sollten wie für die öffentlichen Spitäler.

Das Anliegen auf Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen kann insoweit berücksichtigt werden, als private Spitäler zur Sicherstellung der Versorgung benötigt werden. In diesem Fall schliesst die Regierung auch mit diesen Spitälern eine Leistungsvereinbarung ab, die die betreffenden Spitäler zu über die anteilmässige Beteiligung an der Vergütung für stationäre KVG-Pflichtleistungen hinausgehenden Beiträgen der öffentlichen Hand berechtigt.

Auflagen an die privaten Spitäler im Sinne der Gleichbehandlung mit den öffentlichen Spitälern sind diesen im Rahmen der Spitalplanung als Voraussetzung für die Aufnahme auf die Spitalliste vorzugeben.

Aufhebung der Genehmigungspflicht für die Anschaffung medizinischer Apparate gemäss Art. 11a KPG

Einige Vernehmlasser fordern, der Kanton solle auf die heute bestehende Genehmigungspflicht zur Anschaffung von Grossgeräten verzichten, um die Spitäler in ihrer unternehmerischen Freiheit nicht einzuschränken.

Die Regierung ist bereit, auf diese Genehmigungspflicht zu verzichten. Die Erfahrung mit dieser im Jahre 2005 eingeführten Regelung zeigt, dass bisher lediglich ein Gesuch für ein Gerät, welches keine Ersatzanschaffung darstellte, beurteilt werden musste. Alle übrigen Gesuche betrafen unbestrittene Ersatzanschaffungen bereits vorhandener Geräte. Entsprechend kann auf diese Regelung verzichtet werden. Damit erhalten die öffentlich subventionierten Spitäler denselben unternehmerischen Freiraum wie die privaten Spitäler.

Ausrichtung von Investitionsbeiträgen an stationäre Nicht-KVG-Fälle und an ambulante KVG- und Nicht-KVG-Fälle

Da im Bereich der stationären UVG-Fälle bisher keine kostendeckenden Tarife ausgehandelt werden konnten, sieht der Revisionsentwurf vor, dass auch für diesen Bereich zum Ausgleich der Unterdeckung Beiträge an die öffentlichen Spitäler ausgerichtet werden. Auch der ambulante KVG-Taxpunktwert ist derzeit nicht kostendeckend. Entsprechend sieht der Revisionsentwurf auch für diesen Bereich die Möglichkeit der Ausrichtung entsprechender Beiträge vor.

Anpassung der Falldefinition und der Fallzählung an den SwissDRG-Tarifvertrag

Da im Gegensatz zu heute die im SwissDRG-Fallpauschalensystem vorgesehenen Falldefinitionen alle Möglichkeiten berücksichtigen, kann auf die bisherige separate Falldefinition des Kantons verzichtet werden.

Beibehaltung der Bestimmung von Art. 11 Abs. 4 KPG, wonach der Kanton für Investitionen, die im überregionalen Interesse liegen, einen (zusätzlichen) Investitionsbeitrag an ein Spital gewähren kann

In Würdigung der Vernehmlassung wird diesem Anliegen entsprochen.

4.1.7. Ausgleich des Investitionsstandes der Spitäler

Ausgleich des unterschiedlichen Investitionsstandes der einzelnen Spitäler (gemäss Bericht Keller) ohne Umwandlung der bisherigen Beiträge in Darlehen

Die Vernehmlassung sah vor, dass vom Kanton und den Gemeinden den öffentlichen Spitalern in den letzten 20 Jahren geleistete Investitionsbeiträge auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Spitalfinanzierung anteilmässig zum Zeitwert in eine Darlehensverpflichtung des Spitals gegenüber dem Kanton und den Gemeinden umgewandelt werden. Damit sollte verhindert werden, dass bei einem Normzuschlag auf den Fallpauschalen zur Abgeltung der Anlagenutzungskosten die bestehenden Investitionen den Spitalern doppelt finanziert werden, einerseits über die vom Kanton und von den Gemeinden geleisteten Beiträge und andererseits über die Fallpauschalen. Durch die Umwandlung sollten zudem, um eine Gleichbehandlung der öffentlichen Spitäler im Hinblick auf die in den Fallpauschalen enthaltenen Investitionsbeiträge zu gewährleisten, die unterschiedlichen Investitionsstände öffentlicher Spitäler ausgeglichen werden.

Zahlreiche Vernehmlasser bemängelten, dass es gegen Treu und Glaube verstosse, bereits ausgerichtete Beiträge im Nachhinein zurückzuverlangen, und dass der Kanton auf diese Weise zu über 200 Mio. Franken Einnahmen

käme, währenddem sich die Spitäler so hoch verschulden müssten, dass ihre Existenz gefährdet wäre. Auch würde die vorgesehene Regelung zu einer Ungleichbehandlung und Wettbewerbsverzerrung der kantonalen öffentlichen Spitäler gegenüber den Spitälern beispielsweise des Kantons St. Gallen, welcher keine entsprechende Regelung beabsichtige, führen.

Im Gegensatz beispielsweise zum Regierungsrat des Kantons Zürich verzichtet die Regierung auf Grund des grossen Widerstandes darauf, dem Grossen Rat die Umwandlung der Investitionsbeiträge des Kantons und der Gemeinden zum Zeitwert in eine Darlehensverpflichtung der Spitäler gegenüber dem Kanton und den Gemeinden zu beantragen, auch wenn dies möglicherweise einen tieferen Investitionszuschlag auf den Tarifen der öffentlich subventionierten Spitäler zur Folge haben kann.

Ein Ausgleich des unterschiedlichen Investitionsstandes der Spitäler ohne Umwandlung der bisherigen Beiträge in Darlehen wurde von praktisch allen Vernehmlassern begrüsst und wird deshalb in der vorliegenden Botschaft in dieser Form vorgesehen.

Der Ausgleich soll gemäss dem Revisionsentwurf dadurch erfolgen, dass der im Rahmen der im Jahre 2005 eingeführten leistungsorientierten Spitalfinanzierung im Krankenpflegegesetz festgelegte Ausgleich der unterschiedlichen Investitionsbeiträge des Kantons für drei weitere Jahre beibehalten wird. Gemäss Art. 49a Abs. 1 KPG sind die vom Kanton in den Jahren 1990 bis 2004 geleisteten Investitionsbeiträge innerhalb von zehn Jahren bei der Festlegung der nach neuem Recht ausgerichteten Investitionsbeiträge an die einzelnen Spitäler abgestuft nach dem Beitragsjahr zu berücksichtigen. Bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahre 2012 werden bereits 7/10 dieses Ausgleichs vorgenommen worden sein. Da in den Jahren 2005 bis 2009 neben den pauschalen Investitionsbeiträgen an alle Spitäler seitens des Kantons zusätzliche Beiträge an die Umbauprojekte der Spitäler in Davos und Poschiavo geleistet wurden (Art. 49a Abs. 2 KPG), müssen auch diese Beiträge ausgeglichen werden. Analog zum Ausgleich der in den Jahren 1990 bis 2004 geleisteten Investitionsbeiträge (die Beiträge der Jahre 1990–1994 wurden gestützt auf Art. 49a Abs. 1 KPG zu 25 Prozent gewichtet, die Beiträge der Jahre 1995–1999 zu 50 Prozent und diejenigen der Jahre 2000–2004 zu 75 Prozent; vgl. B 2004–2005 S. 812 f.) sind die in den Jahren 2005 bis 2009 erhaltenen Investitionsbeiträge von den Spitälern Davos und Poschiavo zum Restwert von 75 Prozent zu erstatten. Die erstatteten Beiträge werden in der Folge auf alle Spitäler unter Berücksichtigung der Anzahl stationärer Fälle und der mittleren Fallschwere verteilt.

4.2. Nicht berücksichtigte Anliegen

4.2.1. Kanton

Verzicht auf den Ausgleich des unterschiedlichen Investitionsstandes der Spitäler

Einige wenige Vernehmlasser forderten, auf einen Ausgleich der unterschiedlichen Investitionsbeiträge des Kantons solle verzichtet werden. Begründet wird diese Forderung damit, dass sparsame Spitäler nicht bestraft werden sollten und dass der nach dem Dafürhalten vieler zur Bemessung des Ausgleichs zu verwendende Bericht der Firma Keller umstritten sei beziehungsweise falsche Zahlen enthalte.

Die Regierung wie auch die überwiegende Mehrheit der Vernehmlasser sind der Ansicht, dass aus Gerechtigkeitsgründen ein Ausgleich zwingend erforderlich ist. Der unterschiedliche Investitionsstand ist auf den unterschiedlichen Zeitpunkt der Realisierung der Bauprojekte und nicht auf die Sparsamkeit gewisser Spitäler zurückzuführen. Der Ausgleich erfolgt nicht auf der Basis der im Bericht der Firma Keller enthaltenen Zahlen, sondern gemäss den in Art. 49 Abs. 1 und 2 KPG festgelegten Modalitäten.

Finanzierung des Anteils der öffentlichen Hand an den Kosten der stationären Behandlungen zu 100 Prozent durch den Kanton

Verschiedene Vernehmlasser forderten, dass der Kanton den Anteil der öffentlichen Hand an den Vergütungen für medizinische Leistungen zu 100 Prozent finanzieren solle. Begründet wird diese Forderung damit, dass die Gemeinden durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung ab 2012 bereits beträchtliche Mehrkosten zu übernehmen hätten.

Mit den in der Vernehmlassung verwendeten Zahlen ergäbe sich bei einer vollständigen Übernahme der Beiträge der öffentlichen Hand durch den Kanton eine Entlastung der Gemeinden gegenüber der heutigen Finanzierung von ca. 21 Mio. Franken. Der Kanton würde demgegenüber durch die Entlastung der Gemeinden gegenüber der heutigen Finanzierung und durch die alleinige Übernahme der Mehrkosten der neuen Spitalfinanzierung gegenüber heute um ca. 37 Mio. Franken mehr belastet. Diese Lastenverschiebung von den Gemeinden zum Kanton ist aus folgenden Gründen abzulehnen:

- Bei der Spitalversorgung handelt es sich gemäss Art. 87 Abs. 2 der Kantonsverfassung um eine Verbundaufgabe des Kantons und der Gemeinden.
- Die von den Gemeinden auf Grund der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu tragenden Mehrkosten sind Folge der Bundesgesetzgebung. Der Kanton entlastet die Gemeinden substantiell bei der Tragung dieser Mehrkosten, wurde doch im Rahmen der entsprechenden Teilrevision des Kran-

kenpflegegesetzes die Finanzierung der gemäss Art. 20 KPG den Gemeinden obliegenden Aufgabe neu zu 25 Prozent dem Kanton aufgetragen.

- Die 100-prozentige Finanzierung des Anteils der öffentlichen Hand bedingt die Übertragung der Trägerschaft der Spitäler an den Kanton («Wer zahlt, befiehlt»).

Übernahme der Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Bereitstellungsdienst beziehungsweise Vorhalteleistungen, etc.) durch den Kanton

Dieser Forderung kann nicht entsprochen werden, weil zur Hauptsache die Spitalregionen von diesen Leistungen profitieren. Mit einer Aufteilung des Beitrags der öffentlichen Hand an die Spitäler für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen mit demselben Schlüssel auf den Kanton und die Gemeinden wie für die medizinischen Leistungen und damit einer Mitbeteiligung der Gemeinden kann vermieden werden, dass seitens der Spitäler und der Spitalregionen unangemessene Forderungen bezüglich des Umfangs der beitragsberechtigten Leistungen gestellt werden.

Übernahme der Kosten der Notfall- und Krankentransportdienste der Spitäler durch den Kanton

Dieser Forderung kann nicht entsprochen werden, weil zur Hauptsache die Spitalregionen von diesen Diensten profitieren. Mit einer Aufteilung des Beitrags der öffentlichen Hand an die öffentlich subventionierten Spitäler für die Notfall- und Krankentransportdienste mit demselben Schlüssel auf den Kanton und die Gemeinden wie für die medizinischen Leistungen und damit einer Mitbeteiligung der Gemeinden kann vermieden werden, dass ein Anreiz für die Spitäler entsteht, möglichst viele Kosten in diesen Bereich zu verschieben, und dass seitens der Spitäler und der Spitalregion unangemessene Forderungen bezüglich der Ausgestaltung des Notfall- und Krankentransportdienstes gestellt werden.

Übernahme der Restdefizite durch den Kanton statt durch die Trägerschaft und Gemeinden

Einige Vernehmlasser forderten, der Kanton solle die Restdefizite der Spitäler übernehmen. Begründet wurde diese Forderung damit, dass die Gemeinden keinen Einfluss auf die Spitäler hätten und dass der Kanton den Spitalern Vorgaben mache und nicht die Gemeinden.

Dieser Forderung kann aus grundsätzlichen Überlegungen nicht stattgegeben werden. Eine solche Lösung würde zwangsläufig Begehrlichkeiten bei den Gemeinden gegenüber ihrem Spital auf Ausweitung des Leistungsangebotes wecken, weil der Nutzen zusätzlicher nicht beitragsberechtigter Leistungsangebote in der Region anfallen würde, ohne dass der Kanton die Umsetzung dieser Begehrlichkeiten durch die Spitäler unterbinden könnte.

Der Kanton würde zudem auch über keine Handhabe verfügen, um gegen unwirtschaftliches Verhalten der Spitäler einzuschreiten.

Die Gemeinden sind aktuell in den Trägerschaften ihrer Regionalspitäler vertreten. Das Spital Davos ist ein Betrieb der Gemeinde und das Spital Samedan dem Kreis unterstellt. Einflussmöglichkeiten der Gemeinden auf das Spital ihrer Region sind damit durchaus gegeben. Sie müssen jedoch wahrgenommen werden, was die Bestellung von Vertretern bedingt, die gewillt sind, sich mit den Besonderheiten eines Spitalbetriebs und der Spitalfinanzierung auseinanderzusetzen. Neu werden im Revisionsentwurf die Trägerschaften der Regionalspitäler im Sinne der Erweiterung der Einflussnahmemöglichkeiten der Gemeinden verpflichtet, den Gemeinden ihrer Spitalregion ein angemessenes Mitspracherecht einzuräumen. Dieses Mitspracherecht betrifft insbesondere den Leistungsauftrag des Spitals auf der Spitalliste, die Leistungsvereinbarung mit dem Kanton bezüglich der weiteren beitragsberechtigten Leistungen sowie das Budget und die Jahresrechnung.

Eine Übernahme der Restdefizite durch den Kanton statt durch die Trägerschaft und die Gemeinden würde eine Kantonalisierung des Spitalwesens und damit eine Übernahme der Trägerschaft der Spitäler durch den Kanton bedingen. In der Dezembersession 2004 hat der Grosse Rat die Überweisung den Fraktionsauftrag der SP betreffend Neuregelung der Trägerschaften der Spitäler, welche eine Kantonalisierung des Spitalwesens anstrebte, deutlich abgelehnt (GRP 2004/2005 S. 187, 946 ff.).

4.2.2. Gemeinden

Keine Mehrbelastung der Gemeinden

Von zahlreichen Gemeinden und weiteren Vernehmlassern wurde die Forderung erhoben, dass das neue kantonale Spitalfinanzierungssystem zu keiner Mehrbelastung der Gemeinden führen dürfe. Die Gemeinden hätten bereits einen erheblichen Anteil der Mehrkosten der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu tragen.

Zu der ins Feld geführten Mehrbelastung der Gemeinden auf Grund der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist entgegenzuhalten, dass es sich bei der Finanzierung der Pflegekosten mit Ausnahme der Finanzierung der Ergänzungsleistungen um eine Aufgabe der Gemeinden handelt und dass der Kanton die Gemeinden bei der Tragung der durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung anfallenden Mehrkosten, wie in Ziffer 4.2.1. aufgezeigt, erheblich entlastet. Auch ist darauf hinzuweisen, dass das Ausgabenwachstum der Ergänzungsleistungen auf Grund der im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundes vorgenommenen Erhöhung der Vermögensfreibeiträge vollumfänglich zu Lasten des Kantons geht.

Da die Sicherstellung der Spitalversorgung eine Verbundaufgabe des Kantons und der Gemeinden ist, ist es folgerichtig, die Gemeinden an den durch die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung des Bundes auf kantonaler Ebene entstehenden Mehrkosten anteilmässig gemäss dem bereits seit langem geltenden Schlüssel mitzubeteiligen.

Vorfinanzierung des Gemeindeanteils durch den Kanton zur Verminderung des administrativen Aufwandes (Clearing der Gemeindebeiträge durch den Kanton)

Alle beitragsberechtigten Spitäler haben die Kosten- und Leistungsdaten 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.

Aufzeigen der finanziellen Auswirkungen pro Spitalregion

Die Darstellung der finanziellen Auswirkungen auf die Spitalregion macht erst Sinn, wenn der Basispreis bekannt ist. Dieser war bei der Verabschiedung der Botschaft noch nicht bekannt und dürfte auch im Zeitpunkt der Behandlung der Vorlage im Grossen Rat nicht bekannt sein, da die Tarifverhandlungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern erst Ende Jahr abgeschlossen sein müssen. Die Berechnungen werden erfolgen, sobald der Basispreis und die vom Grossen Rat zu beschliessenden Gesamtkredite für gemeinwirtschaftliche Leistungen, die universitäre Lehre und die Forschung sowie die Notfall- und Krankentransportdienste der Spitäler bekannt sind.

4.2.3. Tarifgenehmigungsvoraussetzungen

Unzulässigkeit einer über das Bundesrecht hinausgehenden kantonalen Regelung

Entgegen der Meinung von *santésuisse* Graubünden ist die Regierung der Meinung, dass in allen Bereichen, in denen das KVG und die darauf basierenden Folgeerlasse keine abschliessende Regelung enthalten, kantonale Regelungen zulässig beziehungsweise gar notwendig sind.

Gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG hat die Genehmigungsbehörde zu prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang steht. Art. 59c KVV enthält keine abschliessende

Auflistung der Kriterien, gemäss denen die Genehmigungsbehörde die Prüfung des Tarifvertrages vorzunehmen hat. In Bereichen, die das Bundesrecht nicht umfassend ordnet, dürfen die Kantone Vorschriften erlassen, die nicht gegen den Sinn und Geist des Bundesrechts verstossen und nicht dessen Zweck beeinträchtigen oder vereiteln (BGE 125 I 431).

Die im Revisionsentwurf enthaltene Regelung konkretisiert zum einen die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität (Art. 44 Abs. 4 KVG) und die leistungsbezogene Abgeltung der stationären Behandlungen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Zum anderen schreibt die Regelung den Einbau der vom Bundesverwaltungsgericht entwickelten Vorgaben zur Weitergabe patientenbezogener medizinischer Daten, insbesondere Diagnose und erbrachte Leistungen, an die Krankenversicherer in die Tarifverträge vor.

Unterscheidung zwischen gerechtfertigter und nicht gerechtfertigter Mengenausweitung nicht praktikabel

Die neue Spitalfinanzierung beinhaltet unbestrittenermassen einen Anreiz zur Erbringung von zusätzlichen Leistungen (Fällen). Es ist deshalb nur folgerichtig, in den Tarifverträgen Instrumente vorzusehen, um ungerechtfertigte Mengenausweitungen zu verhindern.

4.3. Weitere Einwände und Anliegen

Ausnahme der öffentlichen Spitäler analog zu den privaten Spitälern von der Anwendung des Submissionsrechts

Diesem Anliegen kann nicht entsprochen werden. Spitäler im Sinne der kantonalen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzgebung sind auf Grund ihres Tätigkeitsgebietes und ihres Leistungsauftrages submissionsrechtlich als Träger von kantonalen und kommunalen Aufgaben zu qualifizieren. Als Träger kantonalen oder kommunalen Aufgaben gelten gemäss Art. 8 Abs. 2 der Interkantonalen Vereinbarung über das öffentliche Beschaffungswesen (BR 803.510), Art. 4 Abs. 2 des kantonalen Submissionsgesetzes (BR 803.300) sowie Art. 1 der kantonalen Submissionsverordnung (BR 803.310) alle öffentlich-rechtlichen Einrichtungen, die auf gesetzlicher Grundlage beruhende öffentliche Aufgaben erfüllen sowie Private in denjenigen Bereichen, in denen sie sowohl von der öffentlichen Hand beherrscht werden als auch Aufträge vergeben, die mit den ihnen übertragenen öffentlichen Aufgaben im Zusammenhang stehen. Eine Beherrschung im submissionsrechtlichen Sinne liegt bei privaten Institutionen nach dem Willen des Gesetzgebers namentlich dann vor, wenn die öffentliche Hand die Mehrheit des Unternehmenskapitals oder die Aktienmehrheit besitzt, mehr als die Hälfte der Mitglieder der Unternehmensführung oder des Überwachungsorgans stellt oder

wenn das Gemeinwesen in den entsprechenden Bereichen die Aufsicht ausübt (B 2003–2004 S. 317). Da die Spitäler gesetzliche Aufgaben wahrnehmen und dabei gemäss Art. 5 ff. des Gesundheitsgesetzes (BR 500.000) beziehungsweise Art. 26 des Krankenpflegegesetzes der Aufsicht des Kantons unterstehen, werden sie folgerichtig vom Geltungsbereich des öffentlichen Beschaffungsrechts erfasst. Gleiches ergibt sich im Wesentlichen auch aus Art. 5 Abs. 2 des eidgenössischen Binnenmarktgesetzes (SR 943.02), welcher Träger kantonaler oder kommunaler Aufgaben zur öffentlichen Ausschreibung umfangreicher öffentlicher Einkäufe, Dienstleistungen und Bauten verpflichtet.

Eine Ungleichbehandlung der öffentlichen und der privaten Spitäler ist entgegen der Ansicht des Kantonsspitals Graubünden nicht gegeben. Private Spitäler und Kliniken, die sich auf der Spitalliste eines Kantons befinden, haben ebenfalls einen öffentlichen Leistungsauftrag und sind damit der Submissionsgesetzgebung ebenfalls unterstellt.

Beibehaltung des Anhangs zum Krankenpflegegesetz

Von einigen Vernehmlassern wird gefordert, dass der bestehende Anhang zum Krankenpflegegesetz beibehalten werden solle, damit der Grosse Rat ein Mitspracherecht bei der Ausgestaltung des beitragsberechtigten Leistungsangebotes der Spitäler hat.

Dieser Forderung kann nicht entsprochen werden, weil sie im Widerspruch zur übergeordneten Bundesgesetzgebung steht. Gemäss Art. 39 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG ist das beitragsberechtigte Angebot für alle Spitäler von der Regierung in der Spitalliste des Kantons festzulegen.

Anhörung der Gemeinden/Regionen vor dem Erlass der Leistungsaufträge Dieses Anliegen ist im Rahmen der Spitalplanung zu prüfen.

Pflegebereich wird in der Spitalfinanzierung nicht abgebildet

Die Pflegeaufwendungen sind Bestandteil der Gesamtaufwendungen für die Behandlung und damit im SwissDRG-Tarifsystem berücksichtigt.

Verbindliche Gesamtarbeitsverträge für alle auf der Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer

Dieses Anliegen ist im Rahmen der Spitalplanung zu prüfen.

Finanzielle Auswirkungen auf Grund des noch nicht bekannten Basispreises nicht beurteilbar; der den Berechnungen zu Grunde gelegte Basispreis von 9'710 Franken und der Investitionszuschlag von zwölf Prozent sind zu optimistisch, die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen im Vernehmlassungsbericht zu tief veranschlagt

Die Problematik der Berechnung der finanziellen Auswirkungen besteht darin, dass der Basispreis erst im Laufe des Jahres 2011 zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern auszuhandeln ist. Entsprechend kann die voraussichtliche Höhe nur abgeschätzt werden. Auf Grund der jüngsten Tariffestsetzungen in anderen Kantonen dürfte sich der Basispreis voraussichtlich im Bereich von 8'500 bis 8'800 Franken (ohne Investitionskostenzuschlag) bewegen. Die Pauschalen für die Vergütung der stationären KVG-Pflichtleistungen dürften damit tiefer ausfallen als im Vernehmlassungsbericht angenommen. Demgegenüber dürften die Aufwendungen für die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen höher ausfallen als im Vernehmlassungsbericht angenommen. Insgesamt werden die öffentlichen Spitäler im Kanton mit der neuen Spitalfinanzierung in etwa gleich hohe Betriebsbeiträge der Krankenversicherer und der öffentlichen Hand erhalten wie mit der heute geltenden Regelung.

IV. Eckpunkte des neuen kantonalen Spitalfinanzierungssystems

1. Beiträge der öffentlichen Hand an die Leistungserbringer

Die in Würdigung der Vernehmlassung in Aussicht genommene Umsetzung der Vorgaben des Bundes zur Spitalfinanzierung im Kanton beinhaltet folgende Eckpunkte:

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, somit auch private Spitäler und Rehabilitationskliniken, für stationäre KVG-Pflichtleistungen Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand.

1.2. Öffentliche Spitäler

- Die öffentlichen somatischen 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 oder volkswirtschaftlich als sinnvoll anerkannte ambulante KVG-Pflichtleistungen, sofern die Patienten beziehungsweise deren Versicherer für diese Leistungen auf Grund gesetzlicher Vorschriften, genehmigter oder hoheitlich festgelegter Tarife keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen.
 - für den Notfall- und Krankentransportdienst
 - für die universitäre Lehre und die 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) derzeit lediglich bei rund 80 Prozent, obschon die GDK-Plenarversammlung vom 29. Mai 2008 den Beschluss der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz vom 26. November 1987, soweit darin die von den Versicherern an die Spitäler zu entrichtenden Taxen für Kantonseingewohner auf 80 Prozent der anrechenbaren Kosten begrenzt wurden, aufgehoben hat. Auch im Bereich der ambulanten KVG-Pflichtleistungen garantiert der aktuelle Taxpunktwert keine Kostendeckung.

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.

- Der unterschiedliche Investitionsstand zwischen den Spitälern wird ausgeglichen.
Im Rahmen der im Jahre 2005 eingeführten leistungsorientierten Spitalfinanzierung durch den Kanton wurde im Krankenpflegegesetz ein Ausgleich der vom Kanton in den Jahren 1990 bis 2004 geleisteten unterschiedlichen Investitionsbeiträge innerhalb von zehn Jahren festgelegt (Art. 49a Abs. 1 KPG). Bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahre 2012 werden bereits 7/10 dieses Ausgleichs vorgenommen worden sein. Der Ausgleich wird für drei weitere Jahre beibehalten. Nach Ablauf dieser drei Jahre, das heisst Ende 2014, ist er vollständig umgesetzt. Da in den Jahren 2005 bis 2009 neben den pauschalen Investitionsbeiträgen seitens des Kantons zusätzliche Beiträge an die Umbauprojekte der Spitäler in Davos und Poschiavo geleistet wurden (Art. 49a Abs. 2 KPG), müssen auch diese Beiträge ausgeglichen werden. Analog zum Ausgleich der in den Jahren 1990 bis 2004 geleisteten Investitionsbeiträge (die Beiträge der Jahre 1990–1994 wurden gestützt auf Art. 49a Abs. 1 KPG zu 25 Prozent gewichtet, die Beiträge der Jahre 1995–1999 zu 50 Prozent und diejenigen der Jahre 2000–2004 zu 75 Prozent; vgl. B 2004–2005 S. 812 f.) sind die in den Jahren 2005 bis 2009 erhaltenen Investitionsbeiträge von den Spitälern Davos und Poschiavo zum Restwert von 75 Prozent zu erstatten. Die erstatteten Beiträge werden in der Folge unter Berücksichtigung der Anzahl stationärer Fälle und der mittleren Fallschwere auf alle Spitäler verteilt.

- 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.

1.3. Private und ausserkantonale Spitäler

Die unter Ziff. 1.2. aufgelisteten Beiträge sollen primär den öffentlichen Spitälern, den Psychiatrischen Diensten Graubünden und der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden ausgerichtet werden. Private und ausserkantonale Spitäler werden mit nicht durch das KVG vorgegebenen Beiträgen unterstützt, soweit dies zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist und in einer Leistungsvereinbarung festgeschrieben wird.

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

2.1. Beiträge des Kantons und der Gemeinden

Die vorliegende Botschaft sieht hinsichtlich der gemeinsamen Finanzierung von Beiträgen durch den Kanton und die Gemeinden folgende Regelung vor:

- Der Kanton und die Gemeinden leisten anteilmässig Beiträge an
 - die sich auf einer Spitalliste befindenden Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser:
 - für stationäre KVG-Pflichtleistungen;
 - die öffentlichen akutsomatischen Spitäler im Kanton, die Psychiatrischen Dienste Graubünden und die Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden:
 - für stationäre UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen
 - für ambulante KVG-Pflichtleistungenfür welche die Patienten beziehungsweise die Krankenversicherer auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder eines genehmigten beziehungsweise hoheitlich festgelegten Tarifes keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen. Der Kanton legt das beitragsberechtigte Angebot in einer Vereinbarung mit der Einrichtung fest.
 - die öffentlichen akutsomatischen Spitäler im Kanton:
 - für gemeinwirtschaftliche Leistungen
 - für den Kranken- und Notfalltransport

Neu sind alle Spitäler, welche auf einer Spitalliste aufgeführt sind, beitragsberechtigt und neu 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 Spitalern und Kliniken am Beitrag der öffentlichen Hand an den zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen zu beteiligen.

Da eine klare und einfache Abgrenzung zwischen den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die im Interesse der Spitalregion liegen, und denjenigen, welche im Interesse des Kantons liegen, kaum möglich ist, erscheint es sachgerecht, wenn die Gemeinden der Spitalregion und der Kanton gemeinsam für die ungedeckten Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen aufkommen.

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 ausgestaltet ist. Der Kanton beeinflusst diese Kosten durch die Vorgaben zur Strukturqualität stark. Folgerichtig haben Gemeinden und Kanton zusammen für die bei betriebswirtschaftlicher Führung ungedeckten Restkosten aufzukommen.

- 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 auf Grund 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 Zentrumsospitals oder der ausserkantonalen Spitäler 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 VIII. Ziffer 1.7.) der Gemeindeanteil auf 15 Prozent des von der öffentlichen Hand zu übernehmenden Betrages der Fallpauschale festzulegen. Damit werden 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.

2.2. Änderung bei den Beiträgen der Gemeinden

Gegenüber der geltenden Regelung sieht die mit der vorliegenden Botschaft beantragte Regelung in Bezug auf die finanzielle Beteiligung der Gemeinden folgende Änderungen 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 an den Vergütungen für stationäre KVG-, UVG-, IVG- und MVG-Leistungen zu beteiligen, die durch ausserkantonale Spitäler, innerkantonale private Spitäler und inner- und ausserkantonale Kliniken (Rehabilitationskliniken und Psychiatrische Kliniken) erbracht werden, die sich auf einer Spitalliste befinden. Bei einem leistungsbezogenen Finanzierungssystem ist es sachgerecht, wenn sich die Beteiligung der Gemeinden am Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Spitalern 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 beteiligen sich an den Investitionen nur noch über die 15-prozentige Beteiligung am Anteil 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 Gemeinden der Spitalregion Churer Rheintal mit 50 Prozent an den Investitionen beteiligen. Für die Gemeinden der Spitalregion Churer Rheintal beträgt der Beteiligungssatz 25 Prozent.

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

2.3. Änderung bei den Beiträgen des Kantons

Gegenüber der geltenden Regelung sieht die mit der vorliegenden Botschaft beantragte Regelung in Bezug auf die finanzielle Beteiligung des Kantons folgende Änderungen 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 Leistungsvereinbarungen mit privaten und ausserkantonalen Spitalern 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 Spitäler im kantonalen Krankenpflegegesetz umgesetzt.

- Der Kanton beteiligt sich mit 85 Prozent an den Beiträgen der öffentlichen Hand an die öffentlichen akutsomatischen Akutspitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen.

Unter diese Beiträge fallen die Aufwendungen für die Vorhalteleistungen (bisher meist als Bereitschaftswesen bezeichnet), die palliative Pflege, die Spitalseelsorge, die patientenbezogene Prävention, die Epidemievorsorge, etc.

- 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 85 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 Beiträge der öffentlichen Hand für die universitäre Lehre und die Forschung zu 100 Prozent durch den Kanton entspricht der geltenden Regelung.

2.4. Zusammenfassung

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

Spitalfinanzierung im Kanton gemäss Vernehmlassung

Lehre und Forschung	Kanton	
Kantonale gemeinschaftliche Leistungen	Kanton	
Regionale gemeinschaftliche Leistungen	Gemeinden	
Notfall-/Kranken-transportdienst	Gemeinden	
Pauschalen für stationäre Behandlung (Abgeltung der bei wirtschaftlicher Leistungserbringung resultierenden Kosten inklusive Abschreibungen und Kapitalzinsen ohne Kosten für gemeinschaftliche Leistungen)	Öffentliche Hand $\geq 55\%$	Gemeinden 13%
		Kanton 87%
	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) $\leq 45\%$	

Spitalfinanzierung im Kanton gemäss Botschaft

Lehre und Forschung	Kanton	
Gemeinschaftliche Leistungen	Kanton/Gemeinden 85/15	
Notfall-/Kranken-transportdienst	Kanton/Gemeinden 85/15	
Pauschalen für stationäre Behandlung (Abgeltung der bei wirtschaftlicher Leistungserbringung resultierenden Kosten inklusive Abschreibungen und Kapitalzinsen ohne Kosten für gemeinschaftliche Leistungen)	Öffentliche Hand $\geq 55\%$	Gemeinden 15%
		Kanton 85%
	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) $\leq 45\%$	

Abbildung 2: Finanzierung der stationären KVG-Leistungen im Kanton gemäss Vernehmlassung und gemäss Botschaft

V. 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.

VI. Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen der Teilrevision

Artikel 2

Da neu alle beitragsberechtigten Institutionen einschliesslich die Psychiatrischen Dienste Graubünden in Art. 6 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).

Beiträge des Kantons sollen neu alle anerkannten Rettungsorganisationen erhalten (Rettungsdienste der Spitäler, Alpine Rettung Schweiz für Rettungsaktionen in unwegsamem Gelände, Bündner Ärzteverein für die Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung, etc.). Bei diesen überregional tätigen Organisationen lässt sich die Finanzierung der ungedeckten Aufwendungen über die Spitalregionen nicht begründen (lit. f).

Die anerkannten Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten gemäss der Definition in Art. 6 Abs. 2 lit. a für das vorliegende Gesetz als Spitäler. Die bisherige lit. g kann entsprechend aufgehoben werden.

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 zusammengeführt.

Bei den einzureichenden Daten wird zwischen betriebsbezogenen und personenbezogenen Daten unterschieden. Letztere sind vor der Veröffentlichung zu anonymisieren.

Der bisherige Art. 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 (Art. 39 Abs. 1 lit. d) für alle Spitäler in der Spitalliste festzulegen. Zuständig für den Erlass der Spitalliste ist gemäss Art. 53 Abs. 1 die Regierung. Die bisher im Krankenpflegegesetz enthaltene und sich auf den Leistungsauftrag auswirkende Spitaltypeneinteilung der Regionalspitäler und des Kantonsospitals Graubünden wird damit hinfällig.

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

In Abs. 2 werden die Kliniken Waldhaus und Beverin der Psychiatrischen Dienste Graubünden und die Kinder- und Jugendstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden als öffentliche psychiatrische Spitäler definiert. Damit kann in den nachfolgenden Bestimmungen statt der umständlichen Bezeichnung «die Kliniken Waldhaus und Beverin der Psychiatrischen Dienste Graubünden und die Kinder- und Jugendstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden» dieser Begriff und wo keine Unterscheidung notwendig ist, der umfassende Begriff öffentliche Spitäler verwendet werden.

Artikel 6a

Das beitragsberechtigte Angebot im Bereich der stationären KVG-Pflichtleistungen 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 (Art. 18) leisten der Kanton und die Gemeinden den öffentlichen Spitälern zusätzlich zu den Beiträgen an stationären KVG-Pflichtleistungen Beiträge für UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen und für versorgungspolitisch oder volkswirtschaftlich als sinnvoll anerkannte ambulante KVG-Pflichtleistungen, für welche die Patienten beziehungsweise deren Versicherer auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder eines genehmigten beziehungsweise hoheitlich festgelegten Tarifs keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen. Der Kanton leistet zudem den öffentlichen Spitälern Beiträge für die universitäre Lehre und die Forschung und zusammen mit den Gemeinden Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen und den Notfall- und Krankentransport.

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).

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 privaten oder ausserkantonalen Spitälern Leistungsvereinbarungen zur Sicherstellung der Versorgung abzuschliessen (Abs. 3).

Artikel 8

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

Artikel 9

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

Artikel 11

Investitionen der Spitäler werden grundsätzlich durch die Fallbeiträge gemäss KVG finanziert. Die Abs. 1 bis 3 und 5 können demnach aufgehoben werden. Abs. 4 wird in Würdigung der Vernehmlassung beibehalten.

Artikel 11a

Die Erfahrung mit der im Jahre 2005 eingeführten Genehmigungspflicht zeigt, dass bisher lediglich ein Gesuch für ein Gerät, welches keine Ersatzanschaffung darstellte, beurteilt werden musste. Alle übrigen Gesuche betrafen unbestrittene Ersatzanschaffungen bereits bestehender Geräte. Entsprechend kann auf diese Regelung verzichtet werden. Damit erhalten die öffentlich subventionierten Spitäler dieselben unternehmerischen Freiheiten wie die privaten Spitäler.

Artikel 12

Da mit Ausnahme der Beiträge gemäss Art. 11 Abs. 4 keine separaten Investitionsbeiträge mehr ausgerichtet werden, ist dieser Artikel obsolet.

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 ist überflüssig, weil die Beiträge der öffentlichen Hand entweder in der übergeordneten Gesetzgebung (KVG) oder in den Art. 18 ff. geregelt werden.

Artikel 17

Die im Rahmen der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom Grossen Rat beschlossene Formulierung bedarf hinsichtlich der Vergütungen, für welche die Regierung den Anteil der öffentlichen Hand festzulegen hat, einer Präzisierung (Abs. 1). Die Festlegung des Anteils betrifft nur die Vergütung von stationären KVG-Pflichtleistungen und zwar sowohl von Spitälern, Kliniken als auch Geburtshäusern. Die Vergütungen können vereinbart oder hoheitlich festgelegt sein.

Bei der Festlegung des Anteils der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern vereinbarten Vergütungen handelt es sich um einen politischen Entscheid. Der Anteil sollte zudem im Zeitpunkt der Tarifverhandlungen bekannt sein. Aus diesen Gründen ist es angezeigt, den Entscheid der Regierung als endgültig zu bezeichnen (Abs. 2). Gegen den entsprechenden Entscheid ist dadurch gemäss Art. 49 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (BR 370.100) die Beschwerde an das Verwaltungsgericht nicht zulässig.

Artikel 18

In diesem Artikel wird festgelegt, welche Spitäler für welche Leistungen Beiträge des Kantons und der Gemeinden erhalten. In Abs. 1 lit. a bis h werden die einzelnen beitragsberechtigten Leistungskategorien aufgezählt. Die Begründung für diese Kategorien findet sich bei den Ausführungen zu den Eckpunkten des neuen kantonalen Spitalfinanzierungssystems (Kap. IV.).

Der Beitragssatz des Kantons wird neu in Art. 18a Abs. 1, 3 und 4 festgelegt. Der bisherige Abs. 2 ist entsprechend überflüssig und wird durch eine Bestimmung ersetzt, wonach der Beitrag der öffentlichen Hand nur geschuldet ist, wenn die stationäre Behandlung medizinisch indiziert ist. Diese Bestimmung stellt eine Kompensation für die Aufhebung der Hospitalisationsrate dar. Sie soll verhindern, dass Patienten, die ohne Not ambulant behandelt werden könnten, stationär behandelt werden.

In Abs. 3 wird der Berechnungsmodus der Beiträge gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. a und b festgeschrieben.

Bei den stationären UVG-, IVG- und MVG-Fällen (lit. a) wird davon ausgegangen, dass der kostendeckende Basispreis mit demjenigen der KVG-Fälle identisch ist.

Der für die Berechnung der Beiträge gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. b (beitragsberechtigten ambulante KVG-Pflichtleistungen ohne kostendeckende Ab-

geltung) massgebende Taxpunktwert wird zweckmässigerweise im Gesetz festgeschrieben. Dabei wird auf den für den Spitalbereich zur Anwendung gelangenden UVG-Taxpunktwert abgestellt, wobei dieser um fünf Prozent gekürzt wird, da es sich um einen gesamtschweizerisch einheitlichen Wert handelt, während die Kosten der Spitäler im Kanton Graubünden im schweizerischen Vergleich unterdurchschnittlich sind.

Die Bedingungen für die Auszahlung der Kantonsbeiträge werden neu in Art. 18b geregelt, womit die Abs. 4 und 5 gegenstandslos werden.

Artikel 18a

Die Aufteilung der Beiträge der öffentlichen Hand zwischen Kanton und Gemeinden erfolgt neu für alle beitragsberechtigten Spitäler, Geburtshäuser und Kliniken einheitlich mit dem Schlüssel 85 zu 15 Prozent (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 die behandelte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Diese Änderung ist notwendig, weil neu alle sich auf einer Spitalliste befindenden Spitäler beitragsberechtigt sind und die Patienten die freie Spitalwahl haben. 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 für Krankenpflege versichern lassen müssen, wird auf die Aufenthaltsgemeinde des Arbeitnehmers abgestellt, weil diese Personen oft keinen zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz haben (Abs. 2).

In Abs. 3 wird festgelegt, dass die Gemeinden der betreffenden Spitalregion für die Gemeindebeiträge an die ambulanten KVG-Pflichtleistungen, an den Notfall- und Krankentransportdienst sowie an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen ihres Spitals leistungspflichtig sind. Diese Beiträge lassen sich nicht oder nur beschränkt den Wohnsitzgemeinden der behandelten Patienten zuweisen.

Gemäss KVG hat die öffentliche Hand die Kosten für die universitäre Lehre und die Forschung zu übernehmen. Es ist vorgesehen, dass diese Kosten wie bisher zu 100 Prozent durch den Kanton übernommen werden. Das Gleiche gilt auch für Beiträge an die öffentlichen psychiatrischen Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen und für Beiträge an private und ausserkantonale Spitäler zur Sicherstellung der Versorgung (Abs. 4).

Artikel 18b

Dieser Artikel legt fest, welche Beiträge der Grosse Rat jährlich im Kantonsbudget festzulegen hat. Er entspricht im Wesentlichen dem geltenden

Art. 18a Abs. 1. Die einzelnen Positionen werden im Budget des Gesundheitsamts ausgewiesen.

Artikel 18c

Diese Bestimmung entspricht im Wesentlichen dem geltenden Art. 18d.

Artikel 18d

Diese Bestimmung entspricht im Wesentlichen dem geltenden Art. 18e. Der Verweis auf die VKL ist im Sinne der Beachtung der VFRR-Grundsätze zu streichen.

Artikel 18e

Analog zum geltenden Artikel 18f, welcher die Verteilung der Beiträge an das Bereitschaftswesen regelt, wird in dieser Bestimmung festgelegt, wie der Gesamtkredit für gemeinwirtschaftliche Leistungen auf die einzelnen Spitäler aufgeteilt wird. Neu sind bei der Aufteilung des Gesamtkredites auf die einzelnen Spitäler die bei wirtschaftlicher Führung ungedeckten Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen gemäss der Leistungsvereinbarung, die Einnahmen aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten und von Selbstzahlern sowie das Betriebsergebnis des Spitals zu berücksichtigen (Abs. 1).

In Abs. 2 wird, wie von zahlreichen Vernehmlassenden beantragt, aufgelistet, welche Leistungen insbesondere als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten. Es sind dies die Aufwendungen für Vorhalteleistungen, Palliativpflege, patientenbezogene Prävention, Sozialdienst, Spitalseelsorge, Epidemievorsorge, Rechtsmedizin, Betrieb eines geschützten Spitals und medizinische Vorsorge für Notlagen und Katastrophen. Die Auflistung in Abs. 2 ist nicht abschliessend. Die konkret beitragsberechtigten Leistungen sind gemäss Art. 6a Abs. 2 in einer Leistungsvereinbarung mit den einzelnen Spitalern zu regeln. Beiträge an die in Abs. 2 aufgeführten Leistungen gelten als gebundene Ausgaben. Beiträge an weitere Leistungen unterstehen den Bestimmungen des Finanzreferendums.

Artikel 18f

In Analogie zu den Art. 21g (Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen) und Art. 31k (Spitex) wird in Abs. 1 festgelegt, in welchen Fällen Kürzungen der Beiträge des Kantons an die Spitäler erfolgen. Gekürzt werden gegebenenfalls die Beiträge für den Notfall- und Krankentransport, die universitäre Lehre und Forschung sowie für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Die Beiträge an die stationären KVG-Pflichtleistungen können auf Grund des in Art. 49a Abs. 2 KVG festgelegten Schlüssels nicht gekürzt werden.

Damit die Kürzungen für alle Spitalregionen dieselben maximalen Auswirkungen haben, wird in Abs. 2 der höchst zulässige Kürzungsbetrag auf 50 Franken pro Einwohner der Spitalregion begrenzt.

Artikel 18g

In Abs. 1 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.

Fallpauschalen beinhalten für die Leistungserbringer einen Anreiz, mehr Fälle zu generieren. Entsprechend sind in den Tarifverträgen Gegenmassnahmen vorzusehen, z.B. Festlegung von maximalen operativen Eingriffsraten für bestimmte Diagnosen, Festlegung von Kriterien für die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung (lit a). In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Vertragsparteien dem Datenschutz bei der Weitergabe von Patientendaten oft nicht die notwendige Beachtung zukommen liessen. Die entsprechenden Regelungen in den Tarifverträgen sind deshalb datenschutzkonform zu gestalten (lit b). Schliesslich muss in den Tarifverträgen ein Korrekturmechanismus definiert werden, welcher verhindert, dass durch eine systematische Falschkodierung ungerechtfertigte Beiträge bezogen werden (lit. c).

Um sicherzustellen, dass Spitäler nicht Verträge mit unangemessen tiefen Tarifen, die sie in ihrer Existenz bedrohen, abschliessen, wird den Tarifpartnern im Sinne des Gebotes der Billigkeit vorgegeben, dass die Tarife dem durchschnittlichen Fallaufwand der wirtschaftlichen Spitäler in der notwendigen Qualität zu entsprechen haben (Abs. 2).

Da gemäss KVG die Spitäler untereinander im Wettbewerb stehen, muss sichergestellt werden, dass sie für gleiche Leistungen gleiche Vergütungen erhalten. Entsprechend wird in Abs. 3 grundsätzlich ein einheitlicher Basispreis für alle Spitäler im Kanton vorgegeben. Abweichende Preisvereinbarungen müssen sachlich begründet sein.

Artikel 18h

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 ihrer Antwort auf den Auftrag Pfäffli betreffend die Einführung eines Innovationsartikels für die Akutspitäler im kantonalen Krankenpflegegesetz diese Anpassung in Aussicht gestellt (GRP 2008/2009 S. 714, GRP 2009/2010 S. 200 ff.).

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 für den

Pflegeheimbereich wird der entsprechende Artikel betreffend Restfinanzierung der Trägerschaften und der Gemeinden auch für den Spitalbereich aufgehoben.

Artikel 21f

Die Präzisierung in Abs. 1 ist notwendig, weil Tarifverträge nicht nur zwischen den Tarifpartnern vereinbart werden können, sondern beim Scheitern der Tarifverhandlungen hoheitlich festzulegen sind.

Bezüglich des neuen Abs. 2 wird auf die Ausführungen bei Art. 17 verwiesen.

Artikel 22

Der zweite Satz im Abs. 2 ist überflüssig und kann deshalb gestrichen werden.

Artikel 23

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

Artikel 24

In Abs. 1 wird im Sinn einer Präzisierung festgehalten, dass die Arbeitsleistungen der Auszubildenden in der Regel durch die Institutionen, in denen sie ihr Praktikum absolvieren, abzugelten sind.

Abs. 3 bildet die von der Regierung im Dezember 2010 beschlossene Regelung der Entlohnung von Auszubildenden der schulgestützten Ausbildung ab dem Jahre 2012 ab. Demnach erhalten die in der Ausbildung zur HF-Pflege stehenden Personen die Praktikumsentschädigung in der Regel durch die Schule ausgerichtet. Die Institutionen haben diesfalls die Abgeltung für die von den Auszubildenden in den Praktika erbrachten Arbeitsleistungen dem Gesundheitsamt zu entrichten. Konkret erfolgt dies dadurch, dass die von den Institutionen zu entrichtende Abgeltung mit den Betriebsbeiträgen des Kantons an die Institutionen verrechnet wird.

Artikel 26

Da generell von den Gemeinden moniert wurde, über zu wenig Einfluss in den öffentlichen Spitälern zu verfügen, werden in Abs. 1 die Trägerschaften der öffentlichen somatischen Spitäler verpflichtet, den Gemeinden der Spitalregion ein angemessenes Mitspracherecht einzuräumen.

Die Anpassung in Abs. 3 erfolgt in terminologischer Übereinstimmung mit Abs. 1.

Artikel 27

Da Abs. 2 nur für die Alters- und Pflegeheime, die Spitexorganisationen sowie die Dienste der Väter- und Mütterberatung 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 Abs. 3 wird die mit Regierungsbeschluss Prot. Nr. 670 vom 6. Juli 2010 eingeführte Regelung, wonach sich die Personen, welche durch einen von der Einsatzzentrale der SNR 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. Ergänzend zur geltenden Regelung wird neu festgeschrieben, dass in den Spitalregionen, in welchen das Rendez-vous-System (der Dienstarzt trifft sich mit der Ambulanz am Einsatzort) zur Anwendung gelangt, die öffentlichen Spitäler die in die Rettungsorganisation eingebundenen Ärzte für die damit verbundenen Inkonvenienzen zu entschädigen haben.

Die Änderung in Abs. 2 betrifft nur die italienische Fassung. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der bestehenden Formulierung.

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 Finanzierung der Ausrüstung für die Notfall- und Krankentransportdienste der öffentlichen Spitäler in den Beiträgen an die Rettungsdienste gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. c enthalten ist, kann dieser Artikel aufgehoben werden.

Artikel 40

In der italienischen Fassung erfolgt eine redaktionelle Anpassung der Marginalie.

Da ein allfälliges Wartgeld von öffentlichen Spitalern an Strassentransportdienste in den Beiträgen für den Notfall- und Krankentransportdienst gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. d enthalten ist, kann Abs. 1 aufgehoben werden.

Die neue Formulierung in Abs. 2, wonach der Kanton Beiträge an anerkannte Rettungsorganisationen ausrichtet, ergibt sich aus der Abgrenzung zu den Notfall- und Krankentransportdiensten der öffentlichen Spitäler.

Artikel 42

In der italienischen Fassung erfolgt eine redaktionelle Anpassung von Abs. 1.

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 in dieser Bestimmung enthaltene Feststellung, dass die Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie den schulpsychiatrischen Dienst besorgen, kann ohne Not gestrichen werden. Art und Umfang der Besorgung des schulpsychiatrischen Dienstes sind im Rahmen einer Leistungsvereinbarung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden und den Schulen zu regeln.

Artikel 47

Mit der Ergänzung von Art. 20 des Gesundheitsgesetzes durch die neuen Abs. 3 und 4 wird das Anrecht der Patienten auf angemessene Spitalseelsorge und von unheilbar kranken und von sterbenden Menschen auf palliative Pflege und Betreuung gesetzlich verankert. Mit dem neuen Abs. 4 in Art. 20 des Gesundheitsgesetzes und mit der Anerkennung der Palliativpflege als gemeinwirtschaftliche Leistung in Art. 18e Abs. 2 KPG wird der Auftrag Cahannes betreffend gesetzliche Verankerung von Palliative Care-Leistungen in dem Grundauftrag (GRP 2009/2010 S. 32, 398 ff.) umgesetzt.

Die Änderung von Art. 34 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes ermöglicht es, die öffentlichen Spitäler, wie bereits in einigen Regionen erfolgreich praktiziert, in den regionalen Notfalldienst der Ärzte einzubeziehen.

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. Abs. 1 ist somit obsolet.

Artikel 52

Es ist davon auszugehen, dass die Erarbeitung und der Abschluss der Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern bis zum Inkrafttreten des neuen kantonalen Spitalfinanzierungssystems nicht zu Ende gebracht werden können. Für das erste Jahr der Umsetzung des neuen kantonalen Spitalfinanzierungssystems ist entsprechend eine Regelung vorzusehen, die auf dem bisherigen kantonalen Spitalfinanzierungssystem beruht. In Abs. 1 werden in diesem Sinne die Leistungen gemäss Art. 6a Abs. 2 im bisherigen Rahmen als beitragsberechtigt erklärt. Die Höhe der Abgeltung der stationären UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen (Art. 6a Abs. 2 lit. a) und die Höhe der Abgeltung der ambulanten KVG-Pflichtleistungen (Art. 6a Abs. 2 lit. b) sind in Art. 18 Abs. 3 geregelt. Die Höhe der Beiträge für die universitäre Lehre und die Forschung (Art. 6a Abs. 2 lit. c) hängt wie bis anhin von dem vom Grossen Rat festgelegten Gesamtkredit ab, ebenso die Beiträge an den Notfall- und Krankentransport (Art. 6a Abs. 2 lit. e). Die Aufteilung dieses Gesamtkredites ist in Art. 18c vorgegeben.

Eine spezielle Regelung ist einzig für die Verteilung des Gesamtkredites des Grossen Rates für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Art. 6a Abs. 2 lit. d) erforderlich (Abs. 2). Aus Gründen der Praktikabilität wird hierfür der im Jahr 2011 zur Anwendung gelangte Schlüssel für die Aufteilung des Gesamtkredites auf die einzelnen Spitäler vorgesehen.

Artikel 53

Im Rahmen der im Jahre 2005 eingeführten leistungsorientierten Spitalfinanzierung der öffentlichen Spitäler durch den Kanton wurde in Art. 49a Abs. 1 festgelegt, dass die unterschiedlichen Investitionsbeiträge des Kantons in den Jahren 1990 bis 2004 innerhalb von zehn Jahren auszugleichen sind. Bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahre 2012 werden bereits 7/10 dieses Ausgleichs vorgenommen worden sein. Der Ausgleich wird für drei weitere Jahre beibehalten. Ende 2014 ist er vollständig umgesetzt (Abs. 1).

Da in den Jahren 2005 bis 2009 vom Kanton neben den pauschalen Investitionsbeiträgen gestützt auf Art. 49a Abs. 2 zusätzliche Beiträge an die Umbauprojekte der Spitäler in Davos und Poschiavo geleistet wurden, sind diese zusätzlichen Beiträge analog zu dem im Jahre 2005 eingeführten Ausgleich für die Jahre 1990 bis 2004 von den Spitälern Davos und Poschiavo, wie in Kapitel III. Ziffer 4.1.7. begründet, zum Restwert von 75 Prozent zu erstatten (Abs. 2). Über den Rückerstattungsmodus haben sich der Kanton und die beiden Spitäler zu einigen.

Gemäss Abs. 3 ist der Rückerstattungsbetrag in Berücksichtigung der Anzahl stationärer Fälle und der mittleren Fallschwere seit Einführung der leistungsorientierten Spitalfinanzierung im Jahre 2005 bis und mit dem Jahr 2009 auf alle Spitäler zu verteilen.

Anhang zum Krankenpflegegesetz

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

VII. Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes

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

Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 muss die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Art. 49a mit Einschluss der Investitionskosten bis spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein.

VIII. Finanzielle Auswirkungen

1. Modellrechnung

1.1. Grundlagen und Annahmen der Modellrechnung

Die Modellrechnung beruht bezüglich Fallzahlen und Kostengewicht 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 von der Zusatzversicherung «Freie Spitalwahl ganze Schweiz» 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 das heute in der Schweiz gebräuchlichste Patientenklassifikationssystem APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) mit der Kostengewichtsversion 5.1 (2008 relevante Version) Anwendung.

Um vergleichbare inner- und ausserkantonale Angaben über die behandelten Fälle, respektive über die auf Grund der Behandlung anfallenden Fallkosten zu verwenden, bildet für beide Bereiche die auf dem Portal des Gesundheitsinformationssystems des Bundesamtes für Statistik hinterlegte Datenbank (Carecube), in welcher die Angaben der medizinischen Statistik einfließen, die Grundlage. Für die Carecube Datenbank des Bundesamtes für Statistik gilt eine leicht andere Fallzählung als beim geltenden Spitalfinanzierungssystem im Kanton. Deshalb ergeben sich bei der Modellrechnung geringfügig höhere Fallzahlen als im Beitragsjahr 2008.

Für die Beiträge 2008 des Kantons hat der Grosse Rat den anerkannten standardisierten Fallaufwand auf der Basis der Daten der Normallieger auf 9'710 Franken festgelegt. Dieser Fallaufwand liegt deutlich über den Werten, welche aktuell in jüngster Zeit als Basispreis zwischen den Spitälern und den Versicherern vereinbart respektive festgelegt wurden. So hat das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil vom Dezember 2010 den Basispreis der Krankenversicherer für das Kantonsspital Uri bei einem Kostendeckungsgrad von 48 Prozent ab 1. Januar 2008 auf 3'962 Franken festgelegt. Auf 100 Prozent umgerechnet beträgt der Basispreis demnach 8'179 Franken. Für die Modellrechnung wird im Sinne einer Toleranzmarge mit einem um vier Prozent höheren Basispreis von 8'500 Franken gerechnet. Die effektive Höhe des Basispreises 2012 ist zwischen den Tarifpartnern auszuhandeln.

Neben dem Basispreis ist auch die Höhe des Fallbeitrags an die Investitionen nicht bekannt. 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 zwölf Prozent verwendet.

Entsprechend wird der Modellrechnung ein Basispreis von 9'520 Franken inklusive Investitionszuschlag zu Grunde gelegt.

Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt der leistungsbezogenen Pauschalen unter der schweizerischen Durchschnittsprämie für Erwachsene liegt, voraussichtlich auch Graubünden, können ihren Startvergütungsanteil per 1. Januar 2012 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. Der Startvergütungsanteil der öffentlichen Hand ist von der Regierung bis Ende März 2011 festzulegen.

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.

Schliesslich wird 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 Bündner Patienten mit Kostenträger Krankenversicherung gezählt, die in Summe einem Kostengewicht von 20'239.31 entsprechen. Unter Anwendung des Basispreises von 9'520 Franken ergeben sich Fallbeiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand von 193 Mio. Franken.

Der Anteil der öffentlichen Hand beträgt 106 Mio. Franken (55 Prozent). Davon werden 85 Prozent vom Kanton übernommen, was einem Beitrag von 90 Mio. Franken entspricht, aufgeteilt auf Betriebsbeiträge und Investitionsanteil ergeben sich 80.4 Mio. Franken und 9.6 Mio. Franken. Auf die Gemeinden entfallen 16 Mio. Franken, aufgeteilt auf Betriebsbeiträge und Investitionsanteil resultieren 14.2 Mio. Franken beziehungsweise 1.8 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 desselben Basispreises ergeben sich Fall-

beiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand von 23.9 Mio. Franken. Davon trägt die öffentliche Hand 20 Prozent respektive 4.8 Mio. Franken. Unter Anwendung des Verteilschlüssels von 85 Prozent gehen 4.1 Mio. Franken zu Lasten des Kantons und 0.7 Mio. Franken zu Lasten der Gemeinden.

Insgesamt entfallen auf den Kanton 94.1 Mio. Franken und auf die Gemeinden 16.7 Mio. Franken.

1.2.2. Beiträge an gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die Höhe der Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird in der Modellrechnung mit 8.5 Mio. Franken angenommen, welche mit demselben Schlüssel wie die Beiträge für die medizinischen Leistungen auf den Kanton (85 Prozent) und die Gemeinden (15 Prozent) aufgeteilt werden. Demnach entfallen auf den Kanton 7.2 Mio. Franken und auf die Gemeinden 1.3 Mio. Franken.

Die Beiträge an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden auf Grund der in den individuellen Leistungsvereinbarungen pro Fachbereich festgelegten Reaktionszeiten, den in Art. 18e Abs. 2 KPG aufgezählten beitragsberechtigten Leistungen sowie den Einnahmen aus der Behandlung von zusatzversicherten Personen auf die Spitäler verteilt.

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 Unterassistenten 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 Unterassistenten den Hauptteil aus. Es ergibt sich ein Beitrag des Kantons von rund fünf Mio. Franken.

1.2.4. Beiträge an den Notfall- und Krankentransportdienst

Zur Sicherstellung eines qualitativ hochstehenden Notfall- und Krankentransportdienstes leistet die öffentliche Hand Beiträge an die bei betriebswirtschaftlicher Führung ungedeckten Kosten der Notfall- und Kranken-

transportdienste der Spitäler. Für die Modellrechnung wird von Beiträgen der öffentlichen Hand von 4.3 Mio. Franken ausgegangen. Diese werden mit dem gleichen Schlüssel auf den Kanton und die Gemeinden verteilt wie die Beiträge an die medizinischen Leistungen. Entsprechend resultiert ein Beitrag des Kantons in der Höhe von 3.7 Mio. Franken und der Gemeinden in der Höhe von 0.6 Mio. Franken.

1.2.5. Beiträge an die Anlagenutzungskosten der Ambulatorien

Die Kostenrechnung der Spitäler zeigt, dass die Anlagenutzungskosten der Ambulatorien mit dem aktuell im KVG-Bereich geltenden Taxpunktwert auch bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht gedeckt sind. Für die Modellrechnung wird davon ausgegangen, dass von der öffentlichen Hand pro KVG-Taxpunkt ein Beitrag von 0.10 Franken an die Anlagenutzungskosten des Ambulatoriums bezahlt wird. Die Aufteilung zwischen Kanton und Gemeinden erfolgt nach demselben Schlüssel wie für die medizinischen Leistungen (85 Prozent Kanton, 15 Prozent Gemeinden). Bei einem Totalbetrag von rund 5.7 Mio. Franken ergibt sich ein Beitrag des Kantons von rund 4.8 Mio. Franken und ein solcher der Gemeinden von rund 0.8 Mio. Franken.

1.3. Private Spitäler, Rehabilitationskliniken und Geburtshäuser

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 in Susch wird hier nicht aufgeführt. Da 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 10.2 Mio. Franken. Vom unter Anwendung der verschiedenen Sätze (KVG, UVG, MVG, IVG) resultierenden Anteil der öffentlichen Hand von 4.6 Mio. Franken entfallen 3.9 Mio. Franken auf den Kanton und 0.7 Mio. Franken auf die Gemeinden.

Die Rehabilitationskliniken werden bis zum Vorliegen eines neuen Finanzierungssystems weiterhin mit Tagespauschalen finanziert. Die bisherigen Tagespauschalen in den Bündner Betrieben liegen zwischen 250 Franken und 380 Franken. Für die Modellrechnung wird ein Wert von 324.80

Franken (290 Franken plus zwölf Prozent Investitionsanteil) verwendet. Die Fallbeiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand betragen insgesamt somit 6.1 Mio. Franken. Vom unter Anwendung der verschiedenen Sätze (KVG, UVG, MVG und IVG) resultierenden Anteil der öffentlichen Hand von 3.4 Mio. Franken entfallen auf den Kanton Kosten von 2.9 Mio. Franken und auf die Gemeinden 0.5 Mio. Franken.

1.4. Psychiatrische Dienste Graubünden

Für die Abgeltung der psychiatrischen Behandlungen 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 einem Basispreis von 458 Franken beziehungsweise zuzüglich zwölf Prozent Investitionsanteil einem solchen von 513 Franken.

Es ergeben sich Fallbeiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand von 28 Mio. Franken. Vom Anteil der öffentlichen Hand von 15.4 Mio. Franken entfallen 13.1 Mio. Franken auf den Kanton und 2.3 Mio. Franken 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 in der vorstehenden Ziff. 1.4. zur Abgeltung der psychiatrischen Behandlungen gelten auch für die KJP Graubünden. Da aber Kinder in der Regel einen wesentlich höheren Betreuungsaufwand benötigen, wird hier mit einer Tagespauschale von 650 Franken gerechnet.

Insgesamt ergeben sich in der Modellrechnung Kosten bei Gesamtkosten von 1.1 Mio. Franken Beiträge der öffentlichen Hand von 0.6 Mio. Franken, davon zu Lasten des Kantons 0.5 Mio. Franken und zu Lasten der Gemeinden 0.1 Mio. Franken.

Die Beiträge an gemeinwirtschaftliche Leistungen und an die universitäre Lehre und die Forschung werden auf 0.9 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 die Modellrechnung in vier Gruppen aufgeteilt: die nichtuniversitären akutsomatischen Spitäler und Kliniken, die universitären akutsomatischen Spitäler und Kliniken, die Rehabilitationskliniken und die Psychiatrischen Kliniken.

1.6.1. Ausserkantonale nichtuniversitäre akutsomatische Spitäler und Kliniken

2008 wurden in 111 Spitälern und Kliniken 2'141 Austritte von Bündner KVG-Patienten vermeldet, die in Summe ein Kostengewicht von rund 2'386 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). Ebenfalls mehr als 100 Bündner KVG-Patienten wurden im Kantonsspital St. Gallen, 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.

Bei Anwendung des für die Bündner Spitäler angenommenen Basispreises von 8500 Franken (9520 Franken inklusive Investitionszuschlag), ergeben sich bei Gesamtkosten von 22.7 Mio. Franken Fallbeiträge der öffentlichen Hand von insgesamt 12.5 Mio. Franken, wovon der Kanton 10.6 Mio. Franken und die Gemeinden 1.9 Mio. Franken übernehmen.

Für gemeinwirtschaftliche Leistungen zur Sicherstellung der Versorgung wird in der Modellrechnung ein Betrag von 2.0 Mio. Franken zu Lasten des Kantons angenommen.

1.6.2. Ausserkantonale universitäre akutsomatische Spitäler und Kliniken

2008 wurden in neun Spitälern und Kliniken der hochspezialisierten Medizin 947 Austritte von Bündner KVG-Patienten vermeldet, die in Summe ein Kostengewicht von rund 1672 aufwiesen. Am meisten Bündner KVG-Patienten wurden im Universitätsspital Zürich (330 Austritte mit Kostengewicht 717) behandelt.

Unter der Annahme, dass für universitäre Spitäler und Kliniken ein Basispreis von 10000 Franken (12000 Franken inklusive Investitionszuschlag) Anwendung findet, ergeben sich bei Gesamtkosten von 18.7 Mio. Franken Fallbeiträge der öffentlichen Hand von insgesamt 10.3 Mio. Franken, wovon der Kanton 8.8 Mio. Franken und die Gemeinden 1.5 Mio. Franken übernehmen.

Für gemeinwirtschaftliche Leistungen zur Sicherstellung der Versorgung wird in der Modellrechnung ein Betrag von 2.4 Mio. Franken zu Lasten des Kantons angenommen.

1.6.3. Ausserkantonale Rehabilitationskliniken

Die ausserkantonalen Rehabilitationskliniken werden in zwei Gruppen unterteilt, da in der Klinik Valens tendenziell komplexere Fälle behandelt werden als in den anderen Rehabilitationskliniken. 2008 wurden in der Klinik Valens 399 Austritte von Bündner KVG-Patienten mit 10779 Pflagetagen verzeichnet. In den übrigen 26 ausserkantonalen Rehabilitationskliniken mit Bündner KVG-Patienten wurden 140 Austritte mit 3430 Pflagetagen registriert.

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 10779 Pflagetagen Beiträge der öffentlichen Hand von rund 3.0 Mio. Franken, wovon 2.5 Mio. Franken zu Lasten des Kantons und 0.4 Mio. Franken zu Lasten der Gemeinden.

Für die übrigen ausserkantonalen Rehabilitationskliniken wird für die Modellrechnung mit 324.80 Franken (290 Franken plus zwölf Prozent Investitionsanteil) dieselbe Tagespauschale wie im Kanton Graubünden verwendet. Es ergeben sich bei 3430 Pflagetagen Beiträge der öffentlichen Hand von 0.6 Mio. Franken, wovon 0.5 Mio. Franken zu Lasten des Kantons und 0.1 Mio. Franken zu Lasten der Gemeinden gehen.

1.6.4. Ausserkantonale Psychiatrische Kliniken

In 27 Betrieben wurden 143 Austritte von Bündner KVG-Patienten verzeichnet, die insgesamt 5613 Pflegetagen entsprechen. Unter Anwendung der für die PDGR und der KJP Graubünden verwendeten Tagesfallpauschale ergeben sich Kosten für die öffentliche Hand von rund 1.6 Mio. Franken, davon zu Lasten des Kantons 1.3 Mio. Franken und zu Lasten der Gemeinden 0.2 Mio. Franken.

1.7. Zusammenfassung

In der nachfolgenden Abbildung wird die für die einzelnen Leistungserbringerkategorien vorgenommene Modellrechnung zusammengefasst.

Care Cube Daten 2008 (Fälle), Zahlen bisherige Finanzierung: Ist 2009		neue Spitalfinanzierung			bisherige Spitalfinanzierung			
		Kanton	Gemeinden / Trägerschaft	Total öffentliche	Kanton	Gemeinden / Trägerschaft	Total öffentliche	
Graubünden	öffentlich-somatisch	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	84'054'588	14'833'163	98'887'751			
		Investitionsanteil	1'008'655	1'779'980	2'788'635			
		Total Fallbeiträge	94'141'139	16'613'142	110'754'281	80'396'108	10'975'002	91'371'110
		Beiträge Lehre und Forschung	5'000'000	-	5'000'000	7'009'711	-	7'009'711
		Beiträge gemeinschaftliche Leistungen	7'216'500	1'273'500	8'490'000			
		Beiträge Bereitschaftswesen	-	-	-	3'260'000	-	3'260'000
	Beiträge Rettungswesen	3'661'800	646'200	4'308'000	658'000	-	658'000	
	Investitionsbeiträge	4'806'750	848'250	5'655'000	24'500'000	1'307'4916	37'574'916	
	Beiträge ambulante Anlagenutzung	-	-	-	-	-	-	
	Total Beiträge	114'826'189	19'381'082	134'207'271	115'823'819	24'049'918	139'873'737	
	Klinik Gut und Geburtshaus	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	3'498'962	617'464	4'116'426			
		Investitionsanteil	419'875	74'096	493'971			
		Total Fallbeiträge	3'918'837	691'560	4'610'397			
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-			
		Beiträge gemeinschaftliche Leistungen	-	-	-			
	Total Beiträge	3'918'837	691'560	4'610'397				
	Rehabilitation	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	2'568'606	451'519	3'010'125			
		Investitionsanteil	307'033	54'182	361'215			
		Total Fallbeiträge	2'865'639	505'701	3'371'340			
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-			
Beiträge gemeinschaftliche Leistungen		-	-	-				
Total Beiträge	2'865'639	505'701	3'371'340					
PDR	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	11'686'513	2'062'326	13'748'839				
	Investitionsanteil	1'402'382	247'479	1'649'861				
	Total Fallbeiträge	13'088'895	2'309'805	15'398'700				
	Beiträge Lehre und Forschung	300'000	-	300'000				
	Beiträge gemeinschaftliche Leistungen	1'200'000	-	1'200'000				
	Investitionsbeiträge	-	-	-	950'000	-	950'000	
Defizitdeckung	-	-	-	15'502'838	-	15'502'838		
Total Beiträge	14'588'895	2'309'805	16'898'700	16'452'838	-	16'452'838		
KJP GR	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	443'471	78'260	521'730				
	Investitionsanteil	532'216	9'391	541'607				
	Total Fallbeiträge	985'687	87'651	1'073'338				
	Beiträge Lehre und Forschung	50'000	-	50'000				
	Beiträge gemeinschaftliche Leistungen	850'000	-	850'000				
	Defizitdeckung	-	-	-	1'484'896	-	1'484'896	
Total Beiträge	1'396'687	87'651	1'484'338	1'484'896	-	1'484'896		
ausserkantonal	Akutsonnaitk ohne Universität (bisher alle Ausserkantonalen)	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	9'484'712	16'373'773	11'158'485			
		Investitionsanteil	1'138'165	2'008'853	1'339'018			
		Total Fallbeiträge	10'622'877	18'742'625	12'497'503	19'141'605	660'868	19'802'474
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-			
		Beiträge gemeinschaftliche Leistungen	2'000'000	-	2'000'000			
		Total Beiträge	12'622'877	18'742'625	14'497'503	19'141'605	660'868	19'802'474
	Akutsonnaitk Universität	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	7'818'870	1'379'801	9'198'671			
		Investitionsanteil	938'264	165'576	1'103'840			
		Total Fallbeiträge	8'757'135	1'545'377	10'302'511			
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-			
		Beiträge gemeinschaftliche Leistungen	2'400'000	-	2'400'000			
		Total Beiträge	11'157'135	1'545'377	12'702'511			
	Videns	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	2'249'635	396'994	2'646'629			
		Investitionsanteil	269'956	476'39	317'596			
		Total Fallbeiträge	2'519'591	444'634	2'964'225			
		Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-			
		Beiträge gemeinschaftliche Leistungen	-	-	-			
		Total Beiträge	2'519'591	444'634	2'964'225			
	übrig REVA	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	465'022	82'063	547'085			
		Investitionsanteil	55'803	9'848	65'650			
Total Fallbeiträge		520'825	91'910	612'735				
Beiträge Lehre und Forschung		-	-	-				
Beiträge gemeinschaftliche Leistungen		-	-	-				
Total Beiträge	520'825	91'910	612'735					
Psychiatrie	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	1'201'827	212'087	1'413'915				
	Investitionsanteil	144'219	25'450	169'670				
	Total Fallbeiträge	1'346'047	237'538	1'583'584				
	Beiträge Lehre und Forschung	-	-	-				
	Beiträge gemeinschaftliche Leistungen	-	-	-				
	Total Beiträge	1'346'047	237'538	1'583'584				
Total Beiträge	Fallbeiträge ohne Investitionsanteil	123'462'207	21'787'448	145'249'656				
	Investitionsanteil	14'815'465	2'614'494	17'429'959				
	Total Fallbeiträge	138'277'672	24'401'942	162'679'614	99'537'713	11'663'870	111'173'584	
	Beiträge Lehre und Forschung	5'350'000	-	5'350'000	7'009'711	-	7'009'711	
	Beiträge gemeinschaftliche Leistungen	13'666'500	1'273'500	14'940'000				
	Beiträge Bereitschaftswesen	-	-	-	3'260'000	-	3'260'000	
	Beiträge Rettungswesen	3'661'800	646'200	4'308'000	658'000	-	658'000	
	Beiträge ambulante Anlagenutzung	4'806'750	848'250	5'655'000				
	Investitionsbeiträge	-	-	-	24'500'000	1'307'4916	37'574'916	
	Defizitdeckung	-	-	-	16'967'734	-	16'967'734	
	Total Beiträge	165'762'722	27'169'892	192'932'614	151'953'158	24'710'787	176'663'945	

Abbildung 3: Zusammenfassung der Modellrechnung für die einzelnen Leistungserbringerkategorien

2. Kanton und Gemeinden

In Summe steigt die Belastung der öffentlichen Hand um rund 16.3 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 152.0 Mio. Franken um rund 13.8 Mio. Franken auf 165.8 Mio. Franken zu.

4. Gemeinden

Die finanzielle Belastung der Gemeinden nimmt gemäss der Modellrechnung von 24.7 Mio. Franken um rund 2.5 Mio. Franken auf 27.2 Mio. Franken zu.

5. Leistungserbringer

Die heute zwischen den Krankenversicherern und den öffentlichen Spitälern im Kanton Graubünden vereinbarten Tarife entsprechen bei einem Kostendeckungsgrad gemäss KVG von 48 Prozent in etwa einem Basispreis ohne Investitionsanteil von 8500 Franken. Damit ergeben sich für die Spitäler in etwa gleiche Einnahmen für KVG-Versicherte wie bisher. Der auf Grund des gegenüber dem heutigen System tieferen Basispreises niedriger ausfallende Beitrag der öffentlichen Hand (für die Beträge 2008 des Kantons hat der Grosse Rat einen Basispreis von 9710 Franken festgelegt) wird einerseits durch die aus der Abgabenbefreiung der öffentlichen Spitäler auf den Einnahmen aus der Behandlung von Zusatzversicherten resultierende Entlastung (ca. zehn Mio. Franken) und andererseits durch die Beiträge des Kantons und der Gemeinden an die Ambulatorien und an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der öffentlichen Spitäler (ca. 14 Mio. Franken) kompensiert.

Zu den finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Leistungserbringer lässt sich leider keine detaillierte Aussage machen, weil der Kanton nicht über die dazu notwendigen Daten (unter anderem Einnahmen im Zusatzver-

sicherungsbereich) 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.

Der Ausgleich des unterschiedlichen Investitionsstandes der Spitäler lässt sich hingegen darstellen. Durch die Weiterführung der seit 2005 geltenden Ausgleichszahlungen für weitere drei Jahre entsprechend Art. 53 Abs. 1 KPG ergeben sich folgende Ausgleichsentschädigungen (positiv) beziehungsweise -belastungen (negativ):

	Ausgleich 2012	Ausgleich 2013	Ausgleich 2014	Total Ausgleich
Kantonsspital Graubünden	- 461 420	- 461 420	- 461 420	- 1 384 260
Spital Oberengadin	- 168 085	- 168 085	- 168 085	- 504 255
Ospidal Scuol	103 473	103 473	103 473	310 419
Spital Davos	92 483	92 483	92 483	277 449
Regionalspital Ilanz	555 445	555 445	555 445	1 666 335
Krankenhaus Thusis	- 86 373	- 86 373	- 86 373	- 259 119
Kreisspital Savognin	83 308	83 308	83 308	249 924
Regionalspital Schiers	28 752	28 752	28 752	86 256
Ospidal Val Müstair	34 659	34 659	34 659	103 977
Ospedale San Sisto Poschiavo	- 153 130	- 153 130	- 153 130	- 459 390
Ospedale della Bregaglia	- 29 111	- 29 111	- 29 111	- 87 333
Total	-	-	-	-

Tabelle 1: Ausgleichszahlungen der Spitäler in den Jahren 2012–2014

Die Umsetzung von Art. 53 Abs. 2 und 3 KPG ergibt folgende Ausgleichszahlungen der Betriebe in Davos und Poschiavo, die seit 2005 zusätzlich vorgängig zugesagte Investitionsbeiträge erhielten:

	Stand Restschuld (Art. 49a Abs. 2) 31.12.2011	Rückerstattung (Art. 53 Abs. 2)	Verteilung gemäss Verteilschlüssel auf alle Spitäler (Art. 53 Abs. 3)
Kantonsspital Graubünden	–	–	6449338
Spital Oberengadin	–	–	1128998
Ospidal Scuol	–	–	324875
Spital Davos	13695353	10271514	811352
Regionalspital Ilanz	–	–	858689
Krankenhaus Thusis	–	–	511469
Kreisspital Savognin	–	–	120898
Regionalspital Schiers	–	–	619951
Ospidal Val Müstair	–	–	59124
Ospedale San Sisto Poschiavo	1084607	813455	173251
Ospedale della Bregaglia	–	–	27024
Total	14779960	11084970	11084970

Tabelle 2: Rückerstattung der nach 2005 nach bisherigem Recht ausgerichteten Investitionsbeiträge und Aufteilung der rückerstatteten Investitionsbeiträge auf alle Spitäler

6. Versicherte

Die zum Zweck von Tarif- und Vertragshandlungen von santésuisse gegründete Tarifsuisse AG hat auf Basis der Daten 2008 aller stationären Leistungserbringer die Auswirkungen auf die Versicherte und damit auf die Prämien berechnet. Bei dem spätestens ab 2017 geltenden Kostenteiler von 55 Prozent Kanton und 45 Prozent Versicherte ergeben sich für die Versicherte bei einem Basispreis von 8'500 Franken und einem Zuschlag von zwölf

Prozent auf dem Basispreis für die Anlagenutzungskosten im stationären Bereich keine Mehrkosten aus der Umsetzung der leistungsbezogenen Spitalfinanzierung.

Ein von der Regierung für den Einführungszeitpunkt im Jahr 2012 festgelegter Vergütungsteiler von 45 Prozent Kanton und 55 Prozent Versicherer würde demgegenüber gemäss diesen Berechnungen von Tarifsuisse Mehrkosten von 11.0 Mio. Franken verursachen, der Einbezug der Investitionen bei einem Zuschlag von zwölf Prozent solche von 16.0 Mio. Franken.

Tarifsuisse geht davon aus, dass die Einführung der leistungsbezogenen Spitalfinanzierung zu einer Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Sektor führt. Für den Kanton Graubünden berechnete Tarifsuisse die Auswirkungen dieses Effekts auf 5.5 Mio. Franken zu Lasten der Krankenversicherer.

IX. 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.

Da alle auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler beitragsberechtigt sind und dem Kanton entsprechend Rechnung stellen werden, muss die Kontrolltätigkeit des Gesundheitsamtes auf wesentlich mehr Institutionen ausgedehnt werden, als dies bisher der Fall ist. Im Vordergrund wird dabei die Überprüfung der Fälle stehen, für die die Spitäler beitragsberechtigt 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 geleistet werden, wenn auf die bisher durchgeführte Codierrevision der öffentlich subventionierten Spitäler im Kanton weitgehend verzichtet wird. Gemäss «Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG» wird der Re-

visor gemeinsam von den Vertragsparteien bestimmt. Die Kosten gehen zu Lasten der Spitäler und fliessen bei den Tarifberechnungen als anrechenbare Kosten ein.

3. Gemeinden

Alle beitragsberechtigten Spitäler haben ihre Kosten- und Leistungsdaten dem Gesundheitsamt zu 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.

X. 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.

XI. Anträge

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir Ihnen:

1. auf die Vorlage einzutreten;
2. der Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz) zuzustimmen;
3. den Auftrag Cahannes betreffend gesetzliche Verankerung von Palliative Care-Leistungen in der Grundversicherung abzuschreiben;
4. den Auftrag Pfäffli betreffend die Einführung eines Innovationsartikels für die Akutspitäler im kantonalen Krankenpflegegesetz (KPG) abzuschreiben.

Genehmigen Sie, sehr geehrte Frau Landespräsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Namens der Regierung

Der Präsident: *Martin Schmid*

Der Kanzleidirektor: *Claudio Riesen*

Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)

Änderung vom ...

Der Grosse Rat des Kantons Graubünden,

gestützt auf Art. 87 der Kantonsverfassung,
nach Einsicht in die Botschaft der Regierung vom ...,

beschliesst:

I.

Das Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz) vom 2. Dezember 1979 wird wie folgt geändert:

Art. 2

Aufgehoben

Art. 3 Abs. 1 lit. a, f, g, Abs. 3 und 5

¹ Der Kanton unterstützt:

- a) **die auf einer Spitalliste aufgeführten Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser;**
- f) **die von der Regierung anerkannten Rettungsorganisationen.**
- g) **Aufgehoben**

Beitrags-
berechtigte
Leistungs-
erbringer

³ **Aufgehoben**

⁵ **Aufgehoben**

Art. 4

¹ **Die vom Kanton unterstützten Leistungserbringer sind verpflichtet, dem zuständigen Amt unentgeltlich die zur Ermittlung der Betriebsbeiträge erforderlichen betriebs- und patientenbezogenen Kosten- und Leistungsdaten einzureichen. Die Regierung legt die einzureichenden Daten fest, das Amt die Frist, innert welcher die Daten einzureichen sind.**

Einzureichende
Daten

² **Der Kanton kann Daten der Leistungserbringer veröffentlichen. Betriebsbezogene Daten können in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.**

Art. 5 lit. a, d, e, f, h bis l

Das Kantonsgebiet wird in folgende Spitalregionen eingeteilt:

- a) Spitalregion Churer Rheintal mit den Gemeinden: Felsberg, Flims, Tamins, Trin, Bonaduz, Domat/Ems, Rhäzüns, Chur, Churwalden, (...), (...), (...), Tschierschen-Praden, Haldenstein, Igis, Mastrils, (...), Trimmis, Untervaz, Zizers, Fläsch, Jenins, Maienfeld, Malans, Arosa, Calfreisen, Castiel, Langwies, Lüen, Maladers, Molinis, (...), Peist, St. Peter-**Pagig**, Vaz/Obervaz, Lantsch/Lenz, Safien, Tenna, Versam;
- d) Spitalregion (...) Davos mit den Gemeinden: Davos, (...), Schmitten;
- e) Spitalregion Surselva mit den Gemeinden: Breil/Brigels, Disentis/Mustér, Medel (Lucmagn), Schlans, Sumvitg, Tujetsch, Trun, Castisch, Falera, (...), Ilanz, Laax, Ladir, Luven, **Mundaun**, Pitasch, Riein, Ruschein, Sagogn, **Schluein**, Schnaus, Sevgein, Cumbel, Duvin, Degen, Lumbrein, Morissen, St. Martin, Suraua, (...), Vals, Vella, Vignogn, Vrin, Andiast, Obersaxen, Pigniu, Rueun, Siat, Waltensburg/Vuorz, Valendas;
- f) Spitalregion Heinzenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula mit den Gemeinden: Avers, Almens, (...), Fürstenau, Paspels, Pratval, Rodels, Rothenbrunnen, Scharans, (...), Sils i.D., (...), (...), Tomils, Hinterrhein, (...), Nufenen, Splügen, Sufers, Andeer, (...), Casti-Wergenstein, (...), Donat, **Ferrera**, Lohn, Mathon, (...), Rongellen, Zillis-Reischen, Cazis, Flerden, Masein, (...), (...), (...), (...), Thusis, Tschappina, Urmein, Mutten, Alvaschein, Tiefencastel, Alvaneu, Brienz/Brinzauls, Surava, Bergün/Bravuogn, Filisur;
- h) Spitalregion Prättigau mit den Gemeinden: Fideris, Furna, Jenaz, Klosters-Serneus, Conters i.P., Küblis, Saas i. P., Luzein, St. Antönien, (...), Grüsch, Schiers, (...), Seewis i.P., (...);
- i) Spitalregion Val Müstair mit der Gemeinde **Val Müstair**;
- k) Spitalregion Poschiavo mit den Gemeinden: Brusio, Poschiavo;
- l) Spitalregion Bergell mit der Gemeinde **Bregaglia**;

Art. 6

Öffentliche
Spitäler

¹ Als öffentliche akutsomatische Spitäler im Sinne dieses Gesetzes gelten das Kantonsspital Graubünden in Chur, das Spital Oberengadin in Samedan, das Spital Davos in Davos, das Regionalspital Surselva in Ilanz, das Krankenhaus Thusis in Thusis, das Ospidal d'Engiadina bassa in Scuol, das Regionalspital Prättigau in Schiers, das Kreisspital Surses in Savognin, das Ospedale San Sisto in Poschiavo, das Ospedale Asilo della Bregaglia in Promontogno und das Ospidal Val Müstair in Sta. Maria.

² Als öffentliche psychiatrische Spitäler im Sinne dieses Gesetzes gelten die Kliniken Waldhaus und Beverin der Psychiatrischen Dienste Graubünden und die Kinder- und Jugendstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden.

Art. 6a

¹ Die Regierung legt in der Spitalliste die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser und deren Leistungsauftrag fest.

Beitrags-
berechtigte
Leistungs-
angebote der
Spitäler,
Kliniken und
Geburtshäuser

² Sie vereinbart in einer Leistungsvereinbarung mit den öffentlichen Spitalern:

- a) die beitragsberechtigten stationären UVG-, IVG- und MVG-Pflichtleistungen;
- b) die beitragsberechtigten, aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung oder aus volkswirtschaftlicher Sicht als sinnvoll anerkannten ambulanten KVG-Pflichtleistungen;
- c) den Auftrag in den Bereichen der universitären Lehre und der Forschung;
- d) die beitragsberechtigten gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- e) die beitragsberechtigten Leistungen im Bereich des Notfall- und Krankentransports.

³ Die Regierung kann zur Sicherstellung der Versorgung auch Leistungsvereinbarungen mit privaten oder ausserkantonalen Spitalern abschliessen.

Art. 8

Aufgehoben

Art. 9 Abs. 1 und 2 sowie Marginalie

¹ Aufgehoben

² Aufgehoben

Organisation der
Spital- und
Planungs-
regionen

Art. 11 Abs. 1 bis 3, Abs. 5

¹ Aufgehoben

² Aufgehoben

³ Aufgehoben

⁵ Aufgehoben

Art. 11a

Aufgehoben

Art. 12

Aufgehoben

Art. 13

Aufgehoben

III. Beiträge an (...) Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser

Art. 16

Aufgehoben

Art. 17

¹ Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern, **Kliniken und Geburtshäusern** vereinbarten **oder hoheitlich festgelegten Vergütungen für stationäre KVG-Pflichtleistungen** fest.

² **Der Entscheid der Regierung ist endgültig.**

Art. 18

¹ Die **Beiträge** des Kantons und der Gemeinden setzen sich zusammen:

- a) **aus dem Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern, Kliniken und Geburtshäusern vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen für stationäre KVG-Pflichtleistungen;**
- b) **aus den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für medizinische Leistungen gemäss Artikel 6a Absatz 2 Litera a, für welche die Patienten beziehungsweise deren Versicherer aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder eines hoheitlich festgelegten Tarifs keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen;**
- c) **aus den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für medizinische Leistungen gemäss Artikel 6a Absatz 2 Litera b, für welche die Patienten beziehungsweise deren Versicherer aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder eines genehmigten beziehungsweise hoheitlich festgelegten Tarifs keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen;**
- d) **aus den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für den Notfall- und Krankentransportdienst;**
- e) **aus den Beiträgen an die öffentlichen Spitäler für die universitäre Lehre und die Forschung;**
- f) **aus den Beiträgen an die öffentlichen akutsomatischen Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen;**
- g) **aus den Beiträgen an die öffentlichen psychiatrischen Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen;**
- h) **aus den Beiträgen an private und ausserkantonale Spitäler zur Sicherstellung der Versorgung.**

² **Beiträge an stationäre Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die stationäre Behandlung medizinisch indiziert ist.**

³ **Die Beiträge für Leistungen gemäss Artikel 6 Absatz 1 Litera a ergeben sich aus der Differenz des UVG-, IVG-, MVG-Basisfallwertes**

zum KVG-Basisfallwert im Kanton. Die Beiträge für Leistungen gemäss Artikel 6 Absatz 1 Litera b ergeben sich aus der Differenz von 95 Prozent des UVG-, IVG-, MVG-Taxpunktwerthes der Spitäler zum KVG-Taxpunktwert im Kanton.

⁴ Aufgehoben

⁵ Aufgehoben

Art. 18a

¹ Der Kanton und die Gemeinden beteiligen sich wie folgt an den Beiträgen gemäss Artikel 18 Absatz 1 Litera a, b, c, d und f:

- | | |
|-------------|------------|
| a) Kanton | 85 Prozent |
| b) Gemeinde | 15 Prozent |

2. Aufteilung der Beiträge zwischen Kanton und Gemeinden

² Leistungspflichtig für die Beiträge gemäss Artikel 18 Absatz 1 Litera a und b sind die Gemeinden der Spitalregion, in welcher die behandelte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Für nach KVG versicherte ausländische Arbeitnehmer und deren Angehörige ohne zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz sind die Gemeinden der Spitalregion der Aufenthaltsgemeinde des Arbeitnehmers beitragspflichtig.

³ Leistungspflichtig für die Beiträge gemäss Artikel 18 Absatz 1 Litera c, d und f sind die Gemeinden der betreffenden Spitalregion.

⁴ Zu 100 Prozent zu Lasten des Kantons gehen die Beiträge gemäss Artikel 18 Absatz 1 Litera e, g und h.

Art. 18b

Der Grosse Rat legt jährlich im Kantonsbudget abschliessend fest: Grosser Rat

- a) den Gesamtkredit für den Anteil des Kantons an den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden an den Notfall- und Krankentransportdienst der öffentlichen Spitäler und der Spitalregion Mesolcina-Calanca;
- b) den Gesamtkredit für die Beiträge des Kantons an die öffentlichen Spitäler für die universitäre Lehre und die Forschung;
- c) den Gesamtkredit für den Anteil des Kantons an den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden an die öffentlichen Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen;
- d) den Gesamtkredit für die Beiträge des Kantons an private und ausserkantonale Spitäler zur Sicherstellung der Versorgung.

Art. 18c

Die Regierung teilt den Gesamtkredit für den Anteil des Kantons an den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden für den Notfall- und Krankentransportdienst unter Berücksichtigung des Rettungskonzepts sowie des Kostendeckungsgrades bei wirtschaftlicher Führung und angemessener Ausgestaltung und Organisation des Rettungs-

Notfall- und Krankentransport

dienstes auf die Spitäler und auf die Spitalregion Mesolcina-Calanca auf.

Art. 18d

Universitäre
Lehre und
Forschung

Die Regierung teilt den Gesamtkredit für die Beiträge des Kantons für die universitäre Lehre und die Forschung insbesondere unter Berücksichtigung der Leistungsvereinbarung, der ausgewiesenen Kosten und Leistungen sowie der Stellenzahl des Vorjahres auf die einzelnen Spitäler auf.

Art. 18e

Gemeinwirtschaftliche
Leistungen

¹ Die Regierung teilt den Gesamtkredit für den Anteil des Kantons an den Beiträgen des Kantons und der Gemeinden für gemeinwirtschaftliche Leistungen unter Berücksichtigung der Leistungsvereinbarungen, der bei wirtschaftlicher Führung ungedeckten Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, der Einnahmen aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten und von Selbstzahlern sowie des Betriebsergebnisses auf die einzelnen Spitäler auf.

² Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten insbesondere die Aufwendungen für:

- a) Vorhalteleistungen;
- b) Palliativpflege;
- c) patientenbezogene Prävention;
- d) Sozialdienst;
- e) Spitalseelsorge;
- f) Epidemievorsorge;
- g) Rechtsmedizin;
- h) Betrieb eines geschützten Spitals;
- i) medizinische Vorsorge für Notlagen und Katastrophen.

Art. 18f

Beitragskürzungen

¹ Die Regierung kann die Beiträge des Kantons an ein Spital für den Notfall- und Krankentransport, die universitäre Lehre und die Forschung sowie für gemeinwirtschaftliche Leistungen kürzen, wenn:

- a) die Leistungen vom Spital nicht gemäss den der Betriebsbewilligung zu Grunde gelegten Anforderungen an die Strukturqualität erbracht werden;
- b) die Kosten- und Leistungsdaten vom Spital unvollständig, fehlerhaft oder verspätet eingereicht werden;
- c) die von der Regierung erlassenen Vorschriften über die Betriebsführung und Rechnungslegung vom Spital nicht eingehalten werden;

d) die von der Regierung festgelegte Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe vom Spital nicht zur Verfügung gestellt wird.

² Die Kürzung darf pro Einwohner der Spitalregion nicht mehr als 50 Franken betragen.

Art. 18g

¹ Die der Regierung zur Genehmigung vorgelegten Tarifverträge haben zusätzlich zu den vom Bund vorgegebenen Anforderungen zu beinhalten: Tarif-genehmigung

- a) geeignete Mechanismen zur Verhinderung nicht gerechtfertigter Mengenausweitung;
- b) datenschutzrechtlich konforme Regelung der Weitergabe von Patientendaten an die Krankenversicherer;
- c) Korrekturmechanismus bei ungenügender Kodierungsqualität.

² Die Pauschalen haben dem durchschnittlichen Fallaufwand der wirtschaftlichen Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser in der notwendigen Qualität zu entsprechen.

³ Der Basispreis ist für alle Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser im Kanton grundsätzlich einheitlich zu vereinbaren.

Art. 18h

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

Art. 19

Aufgehoben

Art. 21f

¹ Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen vereinbarten **oder hoheitlich festgelegten** Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest.

² **Der Entscheid der Regierung ist endgültig.**

Art. 22 Abs. 2

² Die Regierung kann die Anzahl der Ausbildungsplätze pro Ausbildungsbetrieb festlegen. (...)

Art. 23

Aufgehoben

Art. 24 Abs. 1 und 3

¹ Die Arbeitsleistungen der Auszubildenden sind in der Regel von den Institutionen abzugelten.

³ Werden die Arbeitsleistungen statt durch die Institution durch Lohnzahlungen der Schule abgegolten, wird die von der Institution zu leistende Abgeltung mit den Beiträgen des Kantons an die Institution verrechnet.

Art. 26 Abs. 1

(...)
Mitspracherecht

¹ Die Trägerschaften der öffentlichen akutsomatischen Spitäler haben den Gemeinden ihrer Spitalregion ein angemessenes Mitspracherecht einzuräumen.

³ Sie haben dem Kanton auf Verlangen Einsitz mit beratender Stimme in den Sitzungen ihrer Organe zu gewähren.

Art. 27 Abs. 2

² Sie erlässt Vorgaben über die maximale Höhe der Reserven der beitragsberechtigten Alters- und Pflegeheime, Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung und Dienste der Mütter- und Väterberatung.

Art. 31a

Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung und den Pflegefachpersonen vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest.

Art. 34 Abs. 3

³ Personen, die durch einen von der zentralen Koordinationsstelle alarmierten Notfall- und Krankentransportdienst eines öffentlichen Spitals transportiert werden, haben sich an den Betriebskosten der Koordinationsstelle zu beteiligen. Die Höhe der Beteiligung wird von der Regierung festgelegt. Der festgelegte Betrag ist vom Spital in Rechnung zu stellen und an die Koordinationsstelle weiterzuleiten.

Art. 36

¹ Die öffentlichen akutsomatischen Spitäler sind (...) in ihrer Region für einen leistungsfähigen Notfall- und Krankentransport auf der Strasse verantwortlich. Sie haben sich dazu mit den regionalen ärztlichen Notfalldiensten abzusprechen und haben Ärzte für ihre Einbindung in den Notfall- und Krankentransportdienst zu entschädigen.

² Betrifft nur die italienische Fassung.

³ Der gewerbmässige Transport von Kranken und Verunfallten bedarf einer Bewilligung (...).

Art. 37**Aufgehoben****Art. 38**

¹ **Befindet sich in einer Spitalregion kein öffentliches Spital, hat die Spitalregion ein anderes Spital oder eine andere Organisation mit dem Notfall- und Krankentransportdienst auf der Strasse in ihrer Region zu beauftragen. Artikel 18a Absatz 1 und Artikel 36 Absatz 1 finden sinngemäss Anwendung.**

² Die Regierung kann Spitalregionen den Anschluss an eine ausserkantonale Koordinationsstelle genehmigen, wenn dies zur Erfüllung der Zielsetzung des Rettungswesens im Kanton als zweckmässig erscheint. **Die entsprechenden Kosten gehen zu Lasten des Kantons.**

Art. 39**Aufgehoben****Art. 40**¹ **Aufgehoben**

² Der Kanton kann (...) anerkannten Rettungsorganisationen ein Wartgeld gewähren.

Betrifft nur die
italienische
Fassung

Art. 42 Abs. 1

Betrifft nur die italienische Fassung.

Art. 44**Aufgehoben****Art. 45****Aufgehoben****Art. 46****Aufgehoben****Art. 47**

Die nachstehenden Gesetze werden wie folgt geändert:

1. Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen; BR 544.300):
(...)

2. Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz; BR 500.000):

Art. 20 Abs. 3 und 4

³ Sie haben Anrecht auf eine angemessene Spitalseelsorge.

⁴ Unheilbar kranke und sterbende Menschen haben Anrecht auf angemessene Pflege und Begleitung.

Art. 34 Abs. 3

³ Die öffentlichen Spitäler können in den regionalen ärztlichen Notfalldienst eingebunden werden.

Art. 49b

Aufgehoben

Art. 51a Abs. 1

¹ Aufgehoben

Art. 52

Übergangsbestimmungen zur Teilrevision vom ... Juni 2011
a) Beitragsberechtigte Leistungsangebote der Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser

¹ Im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten der Teilrevision gelten die Leistungen gemäss Artikel 6a Absatz 2 im bisherigen Rahmen als beitragsberechtigt.

² Die Aufteilung des vom Grossen Rat festgelegten Gesamtkredits für gemeinwirtschaftliche Leistungen auf die einzelnen Spitäler erfolgt im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten der Teilrevision gemäss dem von der Regierung im Jahr 2011 angewendeten Schlüssel.

Art. 53

b) Ausgleich der Investitionsbeiträge an Spitäler

¹ Der Ausgleich der Investitionsbeiträge des Kantons an die Spitäler gemäss Artikel 49a Absatz 1 wird in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten der Teilrevision fortgeführt. Der Ausgleich erfolgt pro rata temporis durch eine Verrechnung mit dem Beitrag des Kantons für gemeinwirtschaftliche Leistungen beziehungsweise einen Zuschlag auf diesen Beitrag.

² Spitäler, denen in Anwendung von Artikel 49a Absatz 2 Beiträge ausgerichtet wurden, haben diese dem Kanton nach Abzug der gemäss Artikel 11 Absatz 3 berechneten jährlichen Investitionsbeiträge zu 75 Prozent zu erstatten. Der Rückerstattungsmodus wird zwischen den Spitalern und dem Kanton vereinbart.

³ Die gemäss Absatz 2 rückerstatteten Investitionsbeiträge werden unter Berücksichtigung der stationären Fälle und der mittleren Fallschwere der Jahre 2005 bis 2009 auf die öffentlichen akutsomatischen Spitäler verteilt.

Anhang zum Krankenpflegegesetz (Art. 6a)

Aufgehoben

II.

Diese Teilrevision untersteht dem fakultativen Referendum.
Die Regierung bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

Lescha per promover la tgira da personas malsaunas e l'assistenza da personas attempadas e da personas che basegnan tgira (lescha per promover la tgira da personas malsaunas)

Midada dals ...

Il cussegl grond dal chantun Grischun,

sa basond sin l'art. 87 da la constituziun chantunala, suenter avair gi invista da la missiva da la regenza dals ...,

concluda:

I.

La lescha per promover la tgira da personas malsaunas e l'assistenza da personas attempadas e da personas che basegnan tgira (lescha per promover la tgira da personas malsaunas) dals 2 da december 1979 vegn midada sco suonda:

Art. 2 aboli

Art. 3 al. 1 lit. a, f e g sco er al. 3 e 5

¹ Il chantun sustegna:

- a) **ils ospitals, las clinics e las chasas da parturir che figureschan sin ina glista d'ospitals;**
- f) **las organisaziuns da salvament ch'èn renconuschidas da la regenza.**
- g) **aboli**

³ **aboli**

⁵ **aboli**

Art. 4

¹ **Il furnitur da prestaziuns che vegnan sustegnids dal chantun è obligads d'inoltrar gratuitamain a l'uffizi cumpetent las datas dals custs e da las prestaziuns che sa refereschan als pazients e ch'èn necessarias per cruir las contribuziuns da gestiun. La regenza fixescha las datas che ston vegnir inoltradas, l'uffizi il termin, fin al qual questas datas ston vegnir furnidas.**

Furniturs da prestaziuns cun dretg da survegnir contribuziuns

Datas che ston vegnir inoltradas

² Il chantun po publictar datas dals furniturs da prestaziuns. Datas che sa refereschan al manaschi pon vegnir publictadas en moda betg anonimisada.

Art. 5 lit. a, d, e, f, h fin I

Il chantun vegn dividi en las suandantas regiuns d'ospital:

- a) regiun d'ospital da la Val dal Rain grischuna cun las vischnancas: Favugn, Flem, Tumein, Trin, Panaduz, Domat, Razén, Cuira, Churwalden, (...) Tschierschen-Praden, Haldenstein, Igis, Mastrils, (...) Trimmis, Vaz sut, Zizers, Fläsch, Jenins, Maiavilla, Malans, Arosa, Calfreisen, Castiel, Langwies, Lüen, Maladers, Molinis, (...) Peist, St. Peter-Pagig, Vaz, Lantsch, Stussavgia, Tenna, Versomi;
- d) regiun d'ospital (...) da Tavau cun las vischnancas: Tavau, (...) Schmitten;
- e) regiun d'ospital da la Surselva cun las vischnancas: Breil, Mustér, Medel (Lucmagn), Schlans, Sumvitg, Tujetsch, Trun, Castrisch, Faleira, (...) Glion, Laax, Ladir, Luven, **Mundaun**, Pitasch, Riein, Ruschein, Sagogn, **Schluein**, Schnaus, Sevgein, Cumbel, Duin, Degen, Lumbrein, Morissen, S. Martin, Suraua, (...) Val S. Pieder, Vella, Vignogn, Vrin, Andiastr, Sursaissa, Pigniu, Rueun, Siat, Vuorz, Valendau;
- f) regiun d'ospital da la Mantogna/Tumleasta/Valragn/Alvra cun las vischnancas: Avras, Almen, (...) Farschno, Pasqual, Pratval, Roten, Giuvaulta, Scharàns, (...) Seglias, (...) Tumeigl, Valragn vitg, (...) Nufenen, Spleia, Sur (Valragn), Andeer, (...) Casti-Vargistagn, (...) Donat, **Farera**, Lon, Maton, (...) Runtgaglia, Ziràn-Reschen, Cazas, Flearda, Masagn, (...) Tusaun, Tschappina, Urmagn, Mut, Alvaschagn, Casti, Alvagni, Brinzauls, Surava, Bravuogn, Filisur;
- h) regiun d'ospital dal Partenz cun las vischnancas: Fideris, Furna, Jenaz, Claustra-Serneus, Cunter en il Partenz, Küblis, Saas en il Partenz, Luzein, St. Antönien, (...) Grüşch, Schiers, (...) Seewis, (...);
- i) regiun d'ospital da la Val Müstair cun **la vischnanca da Val Müstair**;
- k) regiun d'ospital dal Puschlav cun las vischnancas: Brusio, Puschlav;
- l) regiun d'ospital da la Bregaglia cun **la vischnanca da Bregaglia**;

Art. 6

Ospitals publics ¹ Sco ospitals acutsomatics publics en il senn da questa lescha valan l'ospital chantunal dal Grischun a Cuira, l'ospital d'Engiadin'ota a Samedan, l'ospital da Tavau a Tavau, l'ospital regional da la Surselva a Glion, l'ospital da Tusaun a Tusaun, l'ospital d'Engiadina bassa a Scuol, l'ospital regional dal Partenz a Schiers, l'ospital cirquital dal Surses a Savognin, l'ospital San Sisto a Puschlav, l'ospital-asil da la Bregaglia a Promontogno, l'ospital da la Val Müstair a Sta. Maria V.M.

² Sco ospitals psychiatrics publics en il senn da questa lescha valan las clinics Waldhaus e Beverin dals servetschs psychiatrics dal Grischun e la staziun d'uffants e da giuvenils da la psichiatria d'uffants e da giuvenils dal Grischun.

Art. 6a

¹ La regenza fixescha en la glista d'ospitals ils ospitals, las clinics e las chasas da parturir che dastgan exequir lur activitad a quint da l'assicuranza obligatorica per la tgira da personas malsaunas sco er l'incarica da prestaziun da quests ospitals, da questas clinics e da questas chasas da parturir.

Purschidas da prestaziuns dals ospitals, da las clinics e da las chasas da parturir cun dretg da survegnir contribuziuns

² En ina convegna da prestaziun cun ils ospitals publics fixescha ella:

- a) las prestaziuns obligatoricas staziunaras da la LAA, da la LAI e da la LAM che han il dretg da survegnir contribuziuns;
- b) las prestaziuns obligatoricas ambulantas da la LAMal che han il dretg da survegnir contribuziuns e ch'èn renconuschidas sco raschunaivlas, saja quai per motivs da garantir il provediment u dal puntg da vista da l'economia publica;
- c) l'incumbensa en ils secturs da l'instrucziun universitara e da la perscrutaziun;
- d) las prestaziuns d'utilitad publica che han il dretg da survegnir contribuziuns;
- e) las prestaziuns che appartegnan al sector dal transport en cas d'urgenza e d'ambulanza e che han il dretg da survegnir contribuziuns.

³ Per garantir il provediment po la regenza er far convegnas da prestaziun cun ospitals privats u cun ospitals extrachantunals.

Art. 8

aboli

Art. 9 marginala sco er al. 1 e 2

¹ aboli

² aboli

Organisaziun da las regiuns d'ospital e da planisaziun

Art. 11 al. 1 fin 3 e 5

¹ aboli

² aboli

³ aboli

⁵ aboli

Art. 11a

aboli

Art. 12

aboli

Art. 13

aboli

III. Contribuziuns ad (...) ospitals, a clinics ed a chasas da parturir

Art. 16

aboli

Art. 17

¹ La regenza fixescha la part ch'il maun public sto pajar vi da las indemnisaziuns **per prestaziuns obligatoricas staziunaras tenor la LAMal** ch'èn vegnidas concluidas tranter las assicuranzas da malsauns, ils ospitals, **las clinics e las chasas da parturir u ch'èn vegnidas fixadas uffizialmain.**

² **La decisiun da la regenza è definitiva.**

Art. 18

¹ Las contribuziuns (...) dal chantun e da las vischnancas sa cumponan:

- a) **da la part ch'il maun public sto pajar vi da las indemnisaziuns per prestaziuns obligatoricas staziunaras tenor la LAMal** ch'èn vegnidas concluidas tranter las assicuranzas da malsauns, ils ospitals, las clinics e las chasas da parturir u ch'èn vegnidas fixadas uffizialmain;
- b) **da las contribuziuns als ospitals publics per las prestaziuns medicinalas tenor l'artitgel 6a alinea 2 litera a**, per las qualas ils pazients respectivamain lur assicuranzas na pajan – sin basa da prescripziuns legalas u sin basa d'ina tariffa ch'è vegnida fixada uffizialmain – nagin pretsch che cuvra ils custs ch'èn necessaris dal puntg da vista da l'economia da manaschi;
- c) **da las contribuziuns als ospitals publics per las prestaziuns medicinalas tenor l'artitgel 6a alinea 2 litera b**, per las qualas ils pazients respectivamain lur assicuranzas na pajan – sin basa da prescripziuns legalas u sin basa d'ina tariffa ch'è vegnida approvada respectivamain fixada uffizialmain – nagin pretsch che cuvra ils custs ch'èn necessaris dal puntg da vista da l'economia da manaschi;
- d) **da las contribuziuns als ospitals publics per il servetsch da transport en cas d'urgenza e d'ambulanza;**
- e) **da las contribuziuns als ospitals publics per l'instrucziun universitara e per la perscrutaziun;**

Contribuziuns
chantunalas e
communalas
1. princip

- f) da las contribuziuns als ospitals acutsomatics publics per prestaziuns d'utilitad publica;
- g) da las contribuziuns als ospitals psichiatricas publics per prestaziuns d'utilitad publica;
- h) da las contribuziuns ad ospitals privats ed ad ospitals extrachantunals per garantir il provediment.

² Contribuziuns per prestaziuns staziunaras vegnan pajadas mo, sch'il tractament staziunar è inditgà dal puntg da vista medicinal.

³ Las contribuziuns per prestaziuns tenor l'artitgel 6 alinea 1 litera a resultan da la differenza tranter la valur da basa pro cas da la LAA, da la LAI e da la LAM e tranter la valur da basa pro cas da la LAMal en il chantun. Las contribuziuns per prestaziuns tenor l'artitgel 6 alinea 1 litera b resultan da la differenza da 95 pertschient tranter la valur dals puncts da taxa da la LAA, da la LAI e da la LAM dals ospitals e tranter la valur dals puncts da taxa da la LAMal en il chantun.

⁴ aboli

⁵ aboli

Art. 18a

¹ Il chantun e las vischnancas sa participeschan sco suonda vi da las contribuziuns tenor l'artitgel 18 alinea 1 literas a, b, c, d ed f:

- a) chantun 85 pertschient
- b) vischnanca 15 pertschient

² repartiziun da las contribuziuns tranter il chantun e las vischnancas

² Obligadas da pajar las contribuziuns tenor l'artitgel 18 alinea 1 literas a e b èn las vischnancas da la regiun d'ospital, nua che la persuna tractada ha ses domicil civil. Per lavurants esters ch'èn assicurads tenor la LAMal sco er per lur confamigliars che n'han betg in domicil civil en Svizra èn las vischnancas da la regiun d'ospital, en la quala la vischnanca da dimora dal lavurant sa chatta, obligadas da pajar la contribuziun.

³ Obligadas da pajar las contribuziuns tenor l'artitgel 18 alinea 1 literas c, d ed f èn las vischnancas da la regiun d'ospital respectiva.

⁴ Las contribuziuns tenor l'artitgel 18 alinea 1 literas e, g e h van per 100 pertschient sin donn e cust dal chantun.

Art. 18b

Il cussegl grond fixescha annualmain en il preventiv chantunal en moda definitiva: Cussegl grond

- a) il credit global per la part dal chantun vi da las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas als servetschs da transport en cas d'urgenza e d'ambulanza dals ospitals publics e da la regiun d'ospital da la Val Mesauc-Calanca;

- b) il credit global per las contribuziuns dal chantun als ospitals publics per l'instrucziun universitara e per la perscrutaziun;
- c) il credit global per la part dal chantun vi da las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas als ospitals publics per prestaziuns d'utilitad publica;
- d) il credit global per las contribuziuns dal chantun ad ospitals privats ed ad ospitals extrachantunals per garantir il provediment.

Art. 18c

Transport en cas d'urgenza e d'ambulanza

La regenza reparta il credit global per la part dal chantun a las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas per il servetsch da transport en cas d'urgenza e d'ambulanza sin ils ospitals e sin la regiun d'ospital da la Val Mesauc-Calanca, e quai resguardond il concept da salvament sco er il grad da la cuvrida dals custs en cas ch'il servetsch da salvament vegn manà en moda economica ed ha in equipament adequat ed in'organisaziun adattada.

Art. 18d

Instrucziun universitara e perscrutaziun

La regenza reparta il credit global per las contribuziuns dal chantun a l'instrucziun universitara ed a la perscrutaziun sin ils singuls ospitals, e quai resguardond spezialmain la cuvregna da prestaziun, ils custs e las prestaziuns cumprovadas sco er il dumber da plazzas da l'onn precedent.

Art. 18e

Prestaziuns d'utilitad publica

¹ La regenza reparta il credit global per la part dal chantun vi da las contribuziuns dal chantun e da las vischnancas a las prestaziuns d'utilitad publica sin ils singuls ospitals, e quai resguardond las cuvregnas da prestaziun, ils custs da las prestaziuns d'utilitad publica che n'èn betg cuvrids malgrà ina gestiun economica, las entradas dal tractament da pazients mez privats e privats e da pajaders autonomes sco er il resultat da gestiun.

² Sco prestaziuns d'utilitad publica valan en spezial ils custs per:

- a) prestaziuns da basa fixas;
- b) la tgira palliativa;
- c) la prevenziun che tegna quint dals pazients;
- d) il servetsch social;
- e) la pastoraziun en l'ospital;
- f) la prevenziun d'epidemias;
- g) la medischna legala;
- h) la gestiun d'in ospital protegì;
- i) il provediment medicinal en cas da situaziuns d'urgenza ed en cas da catastrofes.

Art. 18f

¹ La regenza po reducir las contribuziuns dal chantun ad in ospital per il servetsch da transport en cas d'urgenza e d'ambulanza, per l'instrucziun universitara e per la perscrutaziun sco er per las prestaziuns d'utilitad publica, sche:

Reducziuns da las contribuziuns

- a) las prestaziuns da l'ospital na vegnan betg furnidas tenor las pretensiuns a la qualidad da la structura che furman la basa da la permissiun da manaschi;
- b) las datas dals custs e da las prestaziuns da l'ospital vegnan inoltradas en moda incumpletta, incorrecta u memia tard;
- c) las prescripziuns davart la gestiun e davart la contabilitad che la regenza ha relaschè na vegnan betg observadas da l'ospital;
- d) il dumber fixà da la regenza per plazzas da scolaziun per professiuns en il sector da sanadad e dals fatgs socials na vegn betg mess a disposiziun da l'ospital.

² La reducziun na dastga betg esser pli gronda che 50 francs per abitant da la regiun d'ospital.

Art. 18g

¹ Ils contracts tariffars che vegnan suttamess a la regenza per l'approvaziun ston cuntegnair supplementarmain a las pretensiuns prescrittas da la confederaziun:

Approvaziun da las tariffas

- a) mecanissem ch'èn adattads per impedir augments da la quantitad betg giustifitgads;
- b) regulaziuns per dar vinavant datas da pazients a las assicuranzas da malsauns confurm al dretg davart la protecziun da datas;
- c) mecanissem da correctura en cas che la qualitad da codaziun è insufficienta.

² Las pauschalas ston correspunder a la media dals custs pro cas dals ospitals, da las clinicas e da las chasas da parturir che lavuran en moda economica e che ston avair la qualitad necessaria.

³ Il pretsch da basa sto da princip vegnir fixà en moda unitara per tut ils ospitals, per tut las clinicas e per tut las chasas da parturir dal chantun.

Art. 18h

Il chantun po financiar durant maximalmain 2 onns ils custs supplementars ch'èn necessaris dal puntg da vista da l'economia da manaschi per novas metodos staziunaras da controlla e da tractament ch'èn renconuschidas en general da la scienza e che n'èn betg cuvrids tras contracts tariffars.

Contribuziuns d'innovaziun

Art. 19

aboli

Art. 21f

¹ La regenza fixescha la part da las indemniziuns ch'il maun public sto pajar per prestaziuns da la tgira acuta e transitorica ch'èn vegnidas concludidas tranter las assicuranzas da malsauns e las chasas da personas attempadas e da tgira sco er las gruppas da tgira **u ch'èn vegnidas fixadas uffizialmain.**

² **La decisiun da la regenza è definitiva.**

Art. 22 al. 2

² La regenza po fixar il dumber da piazzas da scolaziun per mintga manschi da scolaziun. (...)

Art. 23**aboli****Art. 24 al. 1 e 3**

¹ Las prestaziuns da lavur da las personas en scolaziun ston per regla vegnir indemnizadas **da las instituziuns.**

³ **Sche las prestaziuns da lavur na vegnan betg indemnizadas da l'instituziun, mabain cun pajaments da salari da la scola, vegn l'indemniziun che l'instituziun sto pajar scuntrada cun las contribuziuns dal chantun a l'instituziun.**

Art. 26 al. 1

(...) Dretg da cogestium

¹ **Las instituziuns ch'èn responsablas per ils ospitals acutsomatics publics ston conceder in dretg da cogestium commensurà a las vischnancas da lur regiun d'ospital.**

³ **Ellas han da conceder al chantun sin giavisch la pussaivladad da sa participar cun vusch consultativa a las sesidas da lur organs.**

Art. 27 al. 2

² Ella relascha las directivas davart l'autezza maximala da las reservas **da las chasas da personas attempadas e da tgira, dals servetschs da la tgira ed assistenza a chasa sco er dals servetschs da la cussegliaziun per mammas e per babs** che han il dretg da survegnir contribuziuns.

Art. 31a

La regenza fixescha la part ch'il maun public sto pajar vi da las indemniziuns ch'èn vegnidas concludidas tranter las assicuranzas da malsauns ed ils servetschs da la tgira ed assistenza a chasa e las tgirunzas diplomadas per las prestaziuns da la tgira acuta e transitorica **u ch'èn vegnidas fixadas uffizialmain.**

Art. 34 al. 3

³ **Persunas che vegnan transportadas d'in servetsch da transport en cas d'urgenza e d'ambulanza che appartegna ad in ospital public e ch'è vegni alarmà dal post da coordinaziun central, ston sa participar als custs da gestiun dal post da coordinaziun. L'autezza da la participaziun vegn fixada da la regenza. L'import fixà sto vegnir mess a quint da l'ospital e tramess al post da coordinaziun.**

Art. 36

¹ (...) **Als ospitals publics èn responsabels en lur regiun ch'il servetsch da transport sin via en cas d'urgenza e d'ambulanza saja effizient. Per cun-tanscher quai ston els sa coordinar cun ils servetschs d'urgenza medicinals regiunals e ston plinavant indemniser ils medis che fan part dal servetsch da transport en cas d'urgenza e d'ambulanza.**

² Concerna mo la versiun taliana.

³ **Il transport professional da personas malsaunas e disgraziadas basegna ina permissiun (...).**

Art. 37

aboli

Art. 38

¹ **Sch'i na sa chatta nagin ospital public en ina regiun d'ospital, sto la regiun d'ospital incumbensar in auter ospital u in'otra organisaziun da far il servetsch da transport sin via en cas d'urgenza e d'ambulanza. Ils artitgels 18a alinea 1 e 36 alinea 1 vegnan applitgads confurm al senn.**

² **La regenza po approvar l'access da regiuns d'ospital ad in post da coordinaziun extrachantunal, sche quai para dad esser cunvegnet per ademplir la finamira dal servetsch da salvament en il chantun. Ils custs correspundents van a quint dal chantun.**

Art. 39

aboli

Art. 40

¹ **aboli**

² **Il chantun po conceder ina indemnissaziun da disponibladad ad (...) organisaziuns da salvament renconuschidas.**

Concerna mo la versiun taliana

Art. 42 al. 1

Concerna mo la versiun taliana.

Art. 44

aboli

Art. 45

aboli

Art. 46

aboli

Art. 47

Las leschas qua sutvart vegnan midadas sco suonda:

1. Lescha davart las prestaziuns supplementaras chantunales tar l'assicuranza da vegls, survivents ed invalids (lescha chantunala davart las prestaziuns supplementaras) (DG 544.300) (...)
2. Lescha davart ils fatgs da sanadad dal chantun Grischun (lescha da sanadad; DG 500.000)

Art. 20 al. 3 e 4

³ Els han il dretg sin ina pastoraziun commensurada en l'ospital.

⁴ Umans malsauns che na po betg pli vegnir guarids ed umans muribunds han il dretg sin ina tgira e sin in'assisten-za commensurada.

Art. 34 al. 3

³ Ils ospitals publics pon vegnir integrads en il servetsch d'urgenza medicinal regional.

Art. 49b

aboli

Art. 51a al. 1

¹ **aboli**

Art. 52

¹ L'emprim onn suenter che questa revisiun parziala è entrada en vigur valan las prestaziuns tenor l'artitgel 6a alinea 2 en il rom d'enfin ussa sco prestaziuns che han il dretg da survegnir contribuziuns.

² Il credit global, ch'il cussegl grond ha fixà per prestaziuns d'utilitad publica, vegn reparti sin ils singuls ospitals l'emprim onn suenter che questa revisiun parziala è entrada en vigur tenor la clav che vegn applitgada da la regenza l'onn 2011.

Art. 53

¹ La gulivaziun da las contribuziuns d'investiziun dal chantun als ospitals tenor l'artitgel 49a alinea 1 vegn cuntinuada ils emprims 3 onns suenter l'entrada en vigur da la revisiun parziala. La gulivaziun vegn fatga pro rata temporis tras ina scuntrada cun la contribuziun ch'il chantun paja per prestaziuns d'utilitad publica respectivamente main tras in supplement che vegn adossà a questa contribuziun.

² Ospitals che han survegnì contribuziuns a norma da l'artitgel 49a alinea 2 han da restituir al chantun 75 pertschient da l'import che resta suenter che las contribuziuns d'investiziun annualas calculadas tenor l'artitgel 11 alinea 3 vertent èn vegnidas deducidas. Il modus da restituziun vegn fixà tranter ils ospitals ed il chantun.

³ Las contribuziuns d'investiziun ch'èn vegnidas restituidas tenor l'alinea 2 vegnan repartidas sin ils ospitals somatics publics, e quai resguardond ils cas staziunars e la media da la grevezza pro cas dals onns 2005 fin 2009.

Agiunta tar la lescha per promover la tgira da personas malsaunas (art. 6a)

aboli

II.

Questa revisiun parziala è suttamessa al referendum facultativ.

La regenza fixescha il termin da l'entrada en vigur.

Disposiziuns transitoricas tar la revisiun parziala dals ... da zercladur 2011

a) puschidas da prestaziuns dals ospitals, da las clinicas e da las chasas da parturir che han il dretg da survegnir contribuziuns

b) gulivaziun da las contribuziuns d'investiziun als ospitals

Legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure (Legge sulla cura degli ammalati)

Modifica del ...

Il Gran Consiglio del Cantone dei Grigioni,

visto l'art. 87 della Costituzione cantonale,
visto il messaggio del Governo del ...,

decide:

I.

La legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure (Legge sulla cura degli ammalati) del 2 dicembre 1979 è modificata come segue:

Art. 2

Abrogato

Art. 3 cpv. 1 lett. a, f, g, cpv. 3 e 5

¹ Il Cantone sussidia:

- a) **gli ospedali, le cliniche e le case per partorienti figuranti su un elenco degli ospedali;**
- f) **le organizzazioni di salvataggio riconosciute dal Governo.**
- g) **abrogata**

Fornitori di prestazioni aventi diritto a sussidi

³ **Abrogato**

⁵ **Abrogato**

Art. 4

¹ **I fornitori di prestazioni sussidiati dal Cantone sono tenuti a presentare gratuitamente all'Ufficio competente i dati relativi ai costi e alle prestazioni, riferiti all'esercizio e ai pazienti, necessari per determinare i sussidi d'esercizio. Il Governo stabilisce i dati da presentare, l'Ufficio il termine entro il quale i dati vanno presentati.**

Dati da presentare

² **Il Cantone può pubblicare i dati dei fornitori di prestazioni. I dati riferiti all'esercizio possono essere pubblicati in forma non anonima.**

Art. 5 lett. a, d, e, f, h – I

Il territorio cantonale viene suddiviso nelle seguenti regioni ospedaliere:

- a) Regione ospedaliera Churer Rheintal con i comuni: Felsberg, Flims, Tamins, Trin, Bonaduz, Domat/Ems, Rhäzüns, Coira, Churwalden, (...), (...), (...), Tschierschen-Praden, Haldenstein, Igis, Mastrils, (...), Trimmis, Untervaz, Zizers, Fläsch, Jenins, Maienfeld, Malans, Arosa, Calfreisen, Castiel, Langwies, Lügen, Maladers, Molinis, (...), Peist, St. Peter-**Pagig**, Vaz/Obervaz, Lantsch /Lenz, Safien, Tenna, Versam;
- d) Regione ospedaliera (...) Davos con i comuni: Davos, (...), Schmiten;
- e) Regione ospedaliera Surselva con i comuni: Breil/Brigels, Disentis/Mustér, Medel (Lucmagn), Schlans, Sumvitg, Tujetsch, Trun, Castrisch, Falera, (...), Ilanz, Laax, Ladir, Luven, **Mundaun**, Pitasch, Riein, Ruschein, Sagogn, **Schluein**, Schnaus, Sevgein, Cumbel, Duvin, Degen, Lumbrein, Morissen, St. Martin, Suraua, (...), Vals, Vella, Vignogn, Vrin, Andiast, Obersaxen, Pigniu, Rueun, Siat, Waltensburg/Vuorz, Valendas;
- f) Regione ospedaliera Heinzenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula con i comuni: Avers, Almens, (...), Fürstenau, Paspels, Pratval, Rodels, Rothenbrunnen, Scharans, (...), Sils i.D., (...), (...), Tomils, Hinterrhein, (...), Nufenen, Splügen, Sufers, Andeer, (...), Casti-Wergenstein, (...), Donat, **Ferrera**, Lohn, Mathon, (...), Rongellen, Zillis-Reischen, Cazis, Flerden, Masein, (...), (...), (...), (...), Thusis, Tschappina, Urmein, Mutten, Alvaschein, Tiefencastel, Alvaneu, Brienz/Brinzauls, Surava, Bergün/Bravuogn, Filisur;
- h) Regione ospedaliera Prättigau con i comuni: Fideris, Furna, Jenaz, Klosters-Serneus, Conters i.P., Küblis, Saas i. P., Luzein, St. Antönien, (...), Grüşch, Schiers, (...), Seewis i.P., (...);
- i) Regione ospedaliera Val Müstair con **il Comune di Val Müstair**;
- k) Regione ospedaliera Poschiavo con i comuni: Brusio, Poschiavo;
- l) Regione ospedaliera Bregaglia con **il Comune di Bregaglia**;

Art. 6

Ospedali
pubblici

¹ Sono considerati ospedali pubblici di medicina somatica acuta ai sensi della presente legge l'Ospedale cantonale dei Grigioni di Coira, lo Spital Oberengadin di Samedan, lo Spital Davos di Davos, il Regionalspital Surselva di Ilanz, il Krankenhaus Thusis di Thusis, l'Ospital d'Engiadina bassa di Scuol, il Regionalspital Prättigau di Schiers, il Kreisspital Surses di Savognin, l'Ospedale San Sisto di Poschiavo, l'Ospedale Asilo della Bregaglia di Promontogno, l'Ospital Val Müstair di Sta. Maria.

² Sono considerati ospedali psichiatrici pubblici ai sensi della presente legge le cliniche Waldhaus e Beverin dei Servizi psichiatrici dei Gri-

gioni e il reparto per bambini e adolescenti di Psichiatria infantile e giovanile dei Grigioni.

Art. 6a

¹ Nell'elenco degli ospedali, il Governo stabilisce gli ospedali, le cliniche e le case per partorienti ammessi all'attività a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Offerte di prestazioni aventi diritto a sussidi degli ospedali, delle cliniche e delle case per partorienti

² In un accordo di prestazioni con gli ospedali pubblici esso stabilisce:

- a) le prestazioni stazionarie obbligatorie LAINF, LAI e LAM aventi diritto a sussidi;
- b) le prestazioni ambulatoriali obbligatorie LAMal aventi diritto a sussidi, riconosciute come sensate per motivi legati alla garanzia dell'assistenza sanitaria o dal punto di vista dell'economia pubblica;
- c) il mandato nei settori della formazione universitaria e della ricerca;
- d) le prestazioni economicamente di interesse generale aventi diritto a sussidi;
- e) le prestazioni nel settore del servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario aventi diritto a sussidi.

³ Allo scopo di garantire l'assistenza sanitaria, il Governo può anche stipulare accordi di prestazioni con ospedali privati o extracantonali.

Art. 8

Abrogato

Art. 9 cpv. 1 e 2, nonché titolo marginale

¹ **Abrogato**

² **Abrogato**

Organizzazione delle regioni ospedaliere e di pianificazione

Art. 11 cpv. 1 – 3, cpv. 5

¹ **Abrogato**

² **Abrogato**

³ **Abrogato**

⁵ **Abrogato**

Art. 11a

Abrogato

Art. 12

Abrogato

Art. 13**Abrogato****III. Sussidi a (...) ospedali, cliniche e case per partorienti****Art. 16****Abrogato****Art. 17**

¹ Il Governo stabilisce la quota dell'ente pubblico alle retribuzioni **per le prestazioni stazionarie obbligatorie LAMal** convenute tra gli assicuratori malattia e gli ospedali, le cliniche e le case per partorienti o fissate dall'autorità.

² La decisione del Governo è definitiva.

Art. 18

Sussidi cantonali
e comunali
1. Principio

¹ I sussidi d'esercizio del Cantone e dei comuni si compongono:

- a) **della quota dell'ente pubblico alle retribuzioni per le prestazioni stazionarie obbligatorie LAMal** convenute tra gli assicuratori malattia e gli ospedali, le cliniche e le case per partorienti o fissate dall'autorità;
- b) **dei sussidi agli ospedali pubblici per prestazioni mediche conformemente all'articolo 6a capoverso 2 lettera a per le quali i pazienti o i loro assicuratori, sulla base di prescrizioni legali o di una tariffa fissata dall'autorità, non pagano il prezzo a copertura delle spese necessarie dal profilo economico-aziendale;**
- c) **dei sussidi agli ospedali pubblici per prestazioni mediche conformemente all'articolo 6a capoverso 2 lettera b per le quali i pazienti o i loro assicuratori, sulla base di prescrizioni legali o di una tariffa approvata o fissata dall'autorità, non pagano il prezzo a copertura delle spese necessarie dal profilo economico-aziendale;**
- d) **dei sussidi agli ospedali pubblici per il servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario;**
- e) **dei sussidi agli ospedali pubblici per la formazione universitaria e la ricerca;**
- f) **dei sussidi agli ospedali pubblici di medicina somatica acuta per prestazioni economicamente di interesse generale;**
- g) **dei sussidi agli ospedali psichiatrici pubblici per prestazioni economicamente di interesse generale;**
- h) **dei sussidi a ospedali privati ed extracantonali per garantire l'assistenza sanitaria.**

² I sussidi a prestazioni stazionarie vengono versati unicamente se il trattamento stazionario è indicato per motivi medici.

³ I sussidi per prestazioni conformemente all'articolo 6 capoverso 1 lettera a risultano dalla differenza tra il tasso base LAINF, LAI e LAM e il tasso base LAMal nel Cantone. I sussidi per prestazioni conformemente all'articolo 6 capoverso 1 lettera b risultano dalla differenza tra il 95 per cento del valore del punto tariffario per prestazioni LAINF, LAI e LAM degli ospedali e il valore del punto tariffario LAMal nel Cantone.

⁴ Abrogato

⁵ Abrogato

Art. 18a

¹ Il Cantone e i comuni partecipano come segue ai sussidi conformemente all'articolo 18 capoverso 1 lettere a, b, c, d, nonché f:

- | | |
|------------|--------------|
| a) Cantone | 85 per cento |
| b) comune | 15 per cento |

2. Ripartizione dei sussidi tra Cantone e comuni

² Sono tenuti a versare i sussidi conformemente all'articolo 18 capoverso 1 lettere a e b i comuni nei quali la persona trattata ha il proprio domicilio civile. Nel caso di lavoratori stranieri e di loro familiari assicurati secondo la LAMal e privi di domicilio civile in Svizzera, sono chiamati a contribuire i comuni della regione ospedaliera in cui si trova il comune di dimora del lavoratore.

³ Sono tenuti a versare i sussidi conformemente all'articolo 18 capoverso 1 lettere c, d, nonché f i comuni della rispettiva regione ospedaliera.

⁴ Sono a carico del Cantone in misura del 100 per cento i sussidi conformemente all'articolo 18 capoverso 1 lettere e, g e h.

Art. 18b

Il Gran Consiglio fissa annualmente e definitivamente nel preventivo cantonale:

- il credito globale per la quota del Cantone ai sussidi del Cantone e dei comuni al servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario degli ospedali pubblici e della regione ospedaliera Mesolcina-Calanca;
- il credito globale per i sussidi del Cantone agli ospedali pubblici per la formazione universitaria e la ricerca;
- il credito globale per la quota del Cantone ai sussidi del Cantone e dei comuni agli ospedali pubblici per prestazioni economicamente di interesse generale;
- il credito globale per i sussidi del Cantone a ospedali privati ed extracantionali per garantire l'assistenza sanitaria.

Gran Consiglio

- Art. 18c**
- Servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario
- Il Governo ripartisce il credito globale per la quota del Cantone ai sussidi del Cantone e dei comuni per il servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario tra gli ospedali e la regione ospedaliera Mesolcina-Calanca in considerazione del concetto di salvataggio, del grado di copertura dei costi in caso di gestione economica e in caso di configurazione e organizzazione adeguate del servizio di salvataggio.
- Art. 18d**
- Formazione universitaria e ricerca
- Il Governo ripartisce tra i singoli ospedali il credito globale per i sussidi del Cantone per la formazione universitaria e la ricerca in particolare in considerazione dell'accordo di prestazioni, dei costi e delle prestazioni dichiarati, nonché del numero di posti dell'anno precedente.
- Art. 18e**
- Prestazioni economicamente di interesse generale
- ¹ Il Governo ripartisce tra i singoli ospedali il credito globale per la quota del Cantone ai sussidi del Cantone e dei comuni per le prestazioni economicamente di interesse generale in considerazione degli accordi di prestazioni, dei costi scoperti delle prestazioni economicamente di interesse generale in caso di gestione economica, delle entrate risultanti dal trattamento di pazienti semiprivati, privati e che pagano di tasca propria, nonché del risultato d'esercizio.
- ² Sono considerate prestazioni economicamente di interesse generale in particolare le spese per:
- a) prestazioni di base fisse;
 - b) cure palliative;
 - c) prevenzione riferita al paziente;
 - d) servizio sociale;
 - e) assistenza spirituale ospedaliera;
 - f) prevenzione di epidemie;
 - g) medicina legale;
 - h) gestione di un ospedale protetto;
 - i) previdenza medica per situazioni d'emergenza e catastrofi.
- Art. 18f**
- Riduzioni dei sussidi
- ¹ Il Governo può ridurre i sussidi cantonali a un ospedale per il servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario, per la formazione universitaria e la ricerca, nonché per le prestazioni economicamente di interesse generale se:
- a) l'ospedale non fornisce le prestazioni conformemente ai requisiti relativi alla qualità della struttura posti alla base dell'autorizzazione d'esercizio;

- b) l'ospedale presenta in modo incompleto, con errori o in ritardo i dati relativi alle spese e alle prestazioni;
- c) l'ospedale non osserva le prescrizioni emanate dal Governo sulla gestione e sul rendiconto;
- d) l'ospedale non mette a disposizione il numero di posti di formazione stabilito dal Governo nelle professioni sanitarie e sociali.

² La riduzione non può superare i 50 franchi per abitante della regione ospedaliera.

Art. 18g

¹ I contratti tariffali sottoposti al Governo per approvazione, oltre ai requisiti prescritti dalla Confederazione devono contenere: Approvazione delle tariffe

- a) meccanismi adatti a evitare un ingiustificato aumento della quantità;
- b) una regolamentazione conforme al diritto in materia di protezione dei dati concernente la trasmissione agli assicuratori malattia dei dati relativi ai pazienti;
- c) un meccanismo di correzione in caso di insufficiente qualità di codifica.

² Le forfetarie devono corrispondere alla spesa media per caso degli ospedali, delle cliniche e delle case per partorienti economici che offrono prestazioni nella qualità necessaria.

³ Di principio, il prezzo base va concordato in modo uniforme per tutti gli ospedali, le cliniche e le case per partorienti del Cantone.

Art. 18h

Il Cantone può finanziare per al massimo due anni le spese supplementari non coperte dai contratti tariffari, ma necessarie dal profilo economico-aziendale, di nuovi metodi diagnostici e terapeutici generalmente riconosciuti dalla scienza. Sussidi per innovazioni

Art. 19

Abrogato

Art. 21f

¹ Il Governo stabilisce la quota dell'ente pubblico alle retribuzioni per le cure acute e transitorie convenute tra gli assicuratori malattia, le case per anziani e di cura e le unità di cura o fissate dall'autorità.

² La decisione del Governo è definitiva.

Art. 22 cpv. 2

² Il Governo può fissare il numero di posti di formazione per ciascuna azienda di formazione. (...)

Art. 23**Abrogato****Art. 24 cpv. 1 e 3**

¹ Le prestazioni lavorative delle persone in formazione **vanno di norma remunerate dalle istituzioni.**

³ **Se le prestazioni lavorative vengono remunerate con pagamenti del salario da parte della scuola anziché da parte dell'istituzione, la remunerazione che avrebbe dovuto essere versata dall'istituzione viene trattenuta dai sussidi del Cantone all'istituzione.**

Art. 26 cpv. 1

Diritto di pronunciarsi

¹ **Gli enti responsabili degli ospedali pubblici di medicina somatica acuta devono concedere ai comuni della loro regione ospedaliera un adeguato diritto di pronunciarsi.**

³ **Essi devono su richiesta concedere al Cantone un seggio con voto consultivo nelle sedute dei loro organi.**

Art. 27 cpv. 2

² **Esso emana direttive sull'ammontare massimo delle riserve delle case per anziani e di cura, dei servizi di cura e assistenza a domicilio e dei servizi di consulenza alle madri e ai padri aventi diritto a sussidi.**

Art. 31a

Il Governo stabilisce la quota dell'ente pubblico alle retribuzioni convenute tra gli assicuratori malattia, i servizi di cura e assistenza a domicilio e gli infermieri diplomati **o fissate dall'autorità** per le prestazioni di cure acute e transitorie.

Art. 34 cpv. 3

³ **Le persone trasportate dal servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario di un ospedale pubblico allertato dal posto centrale di coordinamento devono partecipare alle spese d'esercizio del posto di coordinamento. L'ammontare della partecipazione è stabilito dal Governo. L'importo stabilito va fatturato dall'ospedale e inoltrato al posto di coordinamento.**

Art. 36

¹ (...) **Gli ospedali pubblici sono responsabili per un efficiente servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario su strada nella loro regione. A questo scopo devono accordarsi con i servizi di guardia medica regionali e indennizzare i medici per il loro coinvolgimento nel servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario.**

² Il **servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario** non effettuato su strada (...), nonché la **localizzazione**, il soccorso ed il salvataggio di persone che si trovano in pericolo incombe alle istituzioni private e pubbliche di salvataggio riconosciute dal Governo.

³ **Per il trasporto di ammalati e di persone infortunate a scopo professionale è necessaria un'autorizzazione (...).**

Art. 37

Abrogato

Art. 38

¹ **Se in una regione ospedaliera non vi è alcun ospedale pubblico, la regione ospedaliera deve incaricare un altro ospedale o un'altra organizzazione del servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario su strada nella propria regione. L'articolo 18a capoverso 1 e l'articolo 36 capoverso 1 si applicano per analogia.**

² Il Governo può approvare l'adesione delle regioni ospedaliere a un posto di coordinamento extracantonale, se ciò appare opportuno al fine di soddisfare gli obiettivi del servizio di salvataggio nel Cantone. **I relativi costi sono a carico del Cantone.**

Art. 39

Abrogato

Art. 40

¹ **Abrogato**

² Il Cantone può concedere a (...) organizzazioni di salvataggio riconosciute un'indennità **di picchetto**.

Indennità di
picchetto

Art. 42 cpv. 1

¹ Se le spese di un **servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario su strada** effettuato da un'organizzazione riconosciuta sono irrecuperabili, esse vanno a carico del conto d'esercizio dell'ospedale della rispettiva regione ospedaliera.

Art. 44

Abrogato

Art. 45

Abrogato

Art. 46

Abrogato

Art. 47

Le seguenti leggi sono modificate come segue:

1. Legge concernente le prestazioni complementari cantonali all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (Legge cantonale sulle prestazioni complementari; CSC 544.300):
(...)
2. Legge sull'igiene pubblica del Cantone dei Grigioni (Legge sull'igiene pubblica; CSC 500.000)

Art. 20 cpv. 3 e 4

³ Essi hanno diritto a un'adeguata assistenza spirituale ospedaliera.

⁴ I malati incurabili e le persone in fin di vita hanno diritto a una cura e un accompagnamento adeguati.

Art. 34 cpv. 3

³ Gli ospedali pubblici possono venire coinvolti nei servizi di guardia medica regionali.

Art. 49b

Abrogato

Art. 51a cpv. 1

¹ **Abrogato**

Art. 52

¹ Nel primo anno dopo l'entrata in vigore della revisione parziale, le prestazioni conformemente all'articolo 6a capoverso 2 sono considerate come aventi diritto a sussidi nella misura precedente.

² Nel primo anno dopo l'entrata in vigore della revisione parziale, il credito globale stabilito dal Gran Consiglio per le prestazioni economicamente di interesse generale viene suddiviso tra i singoli ospedali secondo la chiave applicata dal Governo nel 2011.

Art. 53

¹ La compensazione dei sussidi agli investimenti versati dal Cantone agli ospedali conformemente all'articolo 49a capoverso 1 viene mantenuta nei primi tre anni dopo l'entrata in vigore della revisione parziale. La compensazione avviene pro rata temporis sotto forma di compensazione con il sussidio del Cantone per prestazioni economicamente di interesse generale o supplemento su questo sussidio.

Disposizioni transitorie della revisione parziale del ... giugno 2011

a) Offerte di prestazioni aventi diritto a sussidi degli ospedali, delle cliniche e delle case per partorienti

b) Compensazione dei sussidi agli investimenti versati agli ospedali

² Gli ospedali ai quali sono stati versati sussidi in applicazione dell'articolo 49a capoverso 2 devono restituirli al Cantone in misura del 75 per cento, dopo deduzione dei sussidi annui agli investimenti calcolati secondo l'articolo 11 capoverso 3. La modalità di restituzione viene convenuta tra gli ospedali e il Cantone.

³ I sussidi agli investimenti da restituire conformemente al capoverso 2 vengono ripartiti tra gli ospedali somatici pubblici in considerazione dei casi stazionari e della gravità media per caso degli anni 2005 – 2009.

Appendice alla legge sulla cura degli ammalati (art. 6a)

Abrogata

II.

La presente revisione parziale è soggetta a referendum facoltativo.
Il Governo stabilisce la data dell'entrata in vigore.

Auszug aus dem geltenden Recht

Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz)

Vom Volke angenommen am 2. Dezember 1984¹⁾

IV. Einrichtungen der Gesundheitspflege

Art. 20

¹ Die Patienten haben ein Recht auf ärztliche und pflegerische Betreuung. Patientenrechte
Das Recht auf Schutz ihrer Persönlichkeit ist gewährleistet.

² Sie haben Anspruch darauf, vom behandelnden Arzt in geeigneter und angemessener Form über den Krankheitszustand, die therapeutische Bedeutung der vorgesehenen Massnahmen und die Heilungsaussichten informiert zu werden.

¹⁾ B vom 12. September 1983, 143; GRP 1983/84, 368, 1. Lesung und GRP 1984/85, 6, 2. Lesung

Auszug aus dem geltenden Recht

Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz)¹⁾

Vom Volke angenommen am 2. Dezember 1979²⁾

I. Allgemeines

Art. 2³⁾

Der Kanton unterhält die für die Versorgung notwendigen psychiatrischen Kliniken, Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch behinderte Menschen. Die Betriebsführung ist den als öffentlich-rechtliche Anstalt ausgestalteten Psychiatrischen Diensten Graubünden übertragen.

Beitrags-
berechtigte
Leistungs-
erbringer
a) Kantonale
Kliniken⁴⁾

Art. 3⁵⁾

¹⁾ Der Kanton unterstützt:

- a) die anerkannten Spitäler;
- b) die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen;
- c) die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung mit einer Betriebsbewilligung;
- d) die von der Regierung anerkannten Pflegefachpersonen;

b) Nicht-
kantonale
Leistungs-
erbringer

¹⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 4. März 2001; B vom 20. Juni 2000, 343; GRP 2000/2001, 315

²⁾ B vom 6. November 1978, 387; GRP 1978/79, 799 (1. Lesung), GRP 1979/80, 51 (2. Lesung)

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 30. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 657; GRP 2005/2006, 277; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

⁵⁾ Fassung und Einfügung der Absätze 3 – 5 gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

- e) die Dienste der Mütter- und Väterberatung mit einem kommunalen Leistungsauftrag;
- f) ¹⁾die regionalen Organisationen für den Notfall- und Krankentransportdienst;
- g) ²⁾die anerkannten Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

² Sofern ein ausgewiesener Bedarf nachgewiesen ist, kann die Regierung die Unterstützung auf weitere Leistungserbringer ausdehnen.

³ Die vom Kanton unterstützten Leistungserbringer sind verpflichtet, dem zuständigen Amt einen Jahresbericht und eine Jahresrechnung einzureichen und alle zur Ausübung der Aufsicht und Kontrolle nötigen Angaben zu unterbreiten.

⁴ Selbständig erwerbende Pflegefachpersonen werden als beitragsberechtigt anerkannt, wenn sie die von der Regierung vorgegebenen Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen.

⁵ Der Kanton kann Daten der Leistungserbringer veröffentlichen. Betriebsbezogene Daten können in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.

Art. 4

Gesundheitsplanung
a) Allgemeines

Die Regierung überwacht laufend die Entwicklung im Gesundheitswesen. Zu diesem Zweck können allfällig notwendige Massnahmen angeordnet werden.

Art. 5³⁾

b) Spitalregionen

Das Kantonsgebiet wird in folgende Spitalregionen eingeteilt:

- a) Spitalregion Churer Rheintal mit den Gemeinden: Felsberg, Flims, Tamins, Trin, Bonaduz, Domat/Ems, Rhäzüns, Chur, Churwalden, Malix, Parpan, Praden, Tschierschen, Haldenstein, Igis, Mastrils, Says, Trimmis, Untervaz, Zizers, Fläsch, Jenins, Maienfeld, Malans, Arosa, Calfreisen, Castiel, Langwies, Lünen, Maladers, Molinis, Pagig, Peist, St. Peter, Vaz/Oberbaz, Lantsch/Lenz, Safien, Tenna, Versam;

¹⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 1991; B vom 11. Juni 1990, 227; GRP 1990/91, 423; mit RB vom 23. April 1991 auf den 1. Januar 1992 in Kraft gesetzt; Art. 23 rückwirkend auf 1. Januar 1991 in Kraft getreten

²⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 1991; B vom 11. Juni 1990, 227; GRP 1990/91, 423; mit RB vom 23. April 1991 auf den 1. Januar 1992 in Kraft gesetzt; Art. 23 rückwirkend auf 1. Januar 1991 in Kraft getreten

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

- b) Spitalregion Oberengadin mit den Gemeinden: Bever, Celerina/Schlarigna, Madulain, Pontresina, La Punt-Chamuesch, Samedan, St. Moritz, S-chanf, Sils i.E./Segl, Silvaplana, Zuoz;
- c) Spitalregion Engiadina bassa mit den Gemeinden: Ardez, Guarda, Lavin, Susch, Tarasp, Zernez, Ramosch, Samnaun, Tschlin, Ftan, Scuol, Sent;
- d) Spitalregion Landschaft Davos mit den Gemeinden: Davos, Wiesen, Schmitten;
- e) Spitalregion Surselva mit den Gemeinden: Breil/Brigels, Disentis/Mustér, Medel (Lucmagn), Schlans, Sumvitg, Tujetsch, Trun, Castisch, Falera, Flond, Ilanz, Laax, Ladir, Luven, Pitasch, Riein, Ruschein, Sagogn, Schleuis, Schnaus, Sevgein, Cumbel, Duvin, Degen, Lumbrein, Morissen, St. Martin, Suraua, Surcuolm, Vals, Vella, Vignogn, Vrin, Andiast, Obersaxen, Pigniu, Rueun, Siat, Waltensburg/Vuorz, Valendas;
- f) Spitalregion Heinzenberg/Domleschg/Hinterrhein/Albula mit den Gemeinden: Avers, Almens, Feldis/Veulden, Fürstenua, Paspels, Pratval, Rodels, Rothenbrunnen, Scharans, Scheid, Sils i.D., Trans, Tumegl/ Tomils, Hinterrhein, Medels i.Rh., Nufenen, Splügen, Sufers, Andeer, Ausserferrera, Casti-Wergenstein, Clugin, Donat, Innerferrera, Lohn, Mathon, Pignia, Rongellen, Zillis-Reischen, Cazis, Flerden, Masein, Portein, Präz, Sarn, Tartar, Thusis, Tschappina, Urmein, Mutten, Alvaschein, Tiefencastel, Alvaneu, Brienz/Brinzauls, Surava, Bergün/Bravuogn, Filisur;
- g) Spitalregion Oberhalbstein mit den Gemeinden: Bivio, Cunter, Marmorera, Mon, Mulegns, Riom-Parsonz, Salouf, Savognin, Stierva, Sur, Tinizong-Rona;
- h) Spitalregion Prättigau mit den Gemeinden: Fideris, Furna, Jenaz, Klosters-Serneus, Conters i.P., Küblis, Saas i. P., Luzein, St. Antönien, St. Antönien-Ascharina, Grüşch, Schiers, Fanas, Seewis i.P., Valzeina;
- i) Spitalregion Val Müstair mit den Gemeinden: Fuldera, Lü, Müstair, Sta. Maria i.M., Tschier, Valchava;
- k) Spitalregion Poschiavo mit den Gemeinden: Brusio, Poschiavo;
- l) Spitalregion Bergell mit den Gemeinden: Bondo, Castasegna, Soglio, Stampa, Vicosoprano;
- m) Spitalregion Mesolcina-Calanca mit den Gemeinden: Lostallo, Mesocco, Soazza, Cama, Grono, Leggia, Roveredo, San Vittore, Verdabbio, Arvigo, Braggio, Buseno, Castaneda, Cauco, Rossa, Sta. Maria i.C., Selma.

Art. 6¹⁾

c) Spitaltypen

¹ Zur Sicherstellung einer abgestuften Spitalversorgung mit einem entsprechend abgestimmten Angebot an medizinischen und pflegerischen Leistungen werden zwei Spitaltypen festgelegt.

² Zentrumsversorger ist das Kantonsspital Graubünden in Chur.

³ ²⁾Spitäler der Grundversorgung sind das Kantonsspital Graubünden in Chur, das Kreisspital Oberengadin in Samedan, das Spital der Landschaft Davos in Davos, das Regionalspital Surselva in Ilanz, das Krankenhaus Thuisis in Thuisis, das Ospidal d'Engiadina bassa in Scuol, das Regionalspital Prättigau in Schiers, das Kreisspital Surses in Savognin, das Ospedale San Sisto in Poschiavo, das Ospedale Asilo della Bregaglia in Promontogno und das Ospidal Val Müstair in Sta. Maria V.M.

Art. 6a³⁾

Leistungsangebote

¹ Das beitragsberechtigte Angebot der Spitäler wird im Anhang zu diesem Gesetz festgelegt.

² In einer individuellen Leistungsvereinbarung werden für jedes Spital Ausschlüsse vom beitragsberechtigten Angebot, die Anforderungen an die Strukturqualität und der Ausbildungsauftrag festgelegt. Die Leistungsvereinbarungen werden vom Departement zusammen mit den Spitalern erarbeitet und von der Regierung genehmigt.

³ ...⁴⁾

Art. 8

Verfügbare Mittel

¹ Die Höhe der einzelnen Baubeiträge setzt die Regierung im Rahmen der vom Grossen Rat im Voranschlag bereitgestellten Mittel fest.

² Beim Vorliegen und für die Dauer einer groben Pflichtverletzung kann die Regierung die Bau- und Betriebsbeiträge ganz oder teilweise sperren.

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

²⁾ Einfügung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

³⁾ Einfügung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 21. Oktober 2008; B vom 1. Juli 2008, 271; GRP 2008/2009, 235; mit RB vom 17. Februar 2009 auf den 1. März 2009 in Kraft gesetzt.

Art. 9

¹ ¹⁾ Alle Gemeinden richten, solange die Trägerschaften oder die anerkannten Pflegefachpersonen nicht auf Beitragsleistungen der Gemeinden verzichten, Beiträge an die vom Kanton gemäss Artikel 3, Absatz 1, Litera a bis e unterstützten Leistungserbringer aus. Gemeindebeiträge

² ²⁾ Befindet sich in einer Spitalregion kein beitragsberechtigtes Spital, so haben sich die betreffenden Gemeinden mit 20 Prozent an den Kosten aus Vereinbarungen über die Sicherstellung der Spitalversorgung zu beteiligen. Vor Abschluss von Vereinbarungen sind die betroffenen Gemeinden anzuhören.

³ ³⁾ Die Gemeinden der einzelnen Spitalregionen sowie der Planungsregionen für die teilstationäre und stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen, die häusliche Pflege und Betreuung sowie die Mütter- und Väterberatung haben sich in zweckmässiger Weise zu organisieren.

II. Beiträge an die Investitionen von Spitälern ⁴⁾**Art. 11 ⁵⁾**

¹ Der Kanton leistet im Rahmen einer abgestuften Spitalversorgung Beiträge für Investitionen. Als Investitionen gelten Neubauten, Erweiterungsbauten, umfassende Umbauten und Renovationen, medizinische Apparate und betriebliche Einrichtungen und Kauf von betriebsnotwendigen Grundstücken und Gebäuden. Kantonsbeiträge
a) Allgemeines

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

⁵⁾ Fassung der Abs. 1 und 2 und Einfügung der Abs. 3 - 5 gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

² Der Grosse Rat legt jährlich unter Berücksichtigung der langfristigen Investitionsplanung der Spitäler den Gesamtkredit für die Investitionsbeiträge fest.

³ Die Regierung legt gestützt auf den Gesamtkredit insbesondere unter Berücksichtigung der stationären Fälle und der mittleren Fallschwere der letzten Jahre jährlich im Voraus die Investitionsbeiträge pro Spital pauschal fest. Die Investitionsbeiträge dürfen nur zur Finanzierung der Investitionen verwendet werden.

⁴ Der Grosse Rat kann für Investitionen, die im überregionalen Interesse liegen, einen zusätzlichen Investitionsbeitrag an ein einzelnes Spital festlegen.

⁵ Die Regierung kann die Spitäler verpflichten, Investitionen von kantonalem Interesse zu tätigen. Der Kanton kann die daraus entstehenden Mehrkosten übernehmen.

Art. 11a¹⁾

b) Medizinische Apparate

¹ Die Anschaffung, das Leasing oder die Miete von medizinischen Apparaten, deren Neuwert mehr als 10 Prozent der Investitionsbeiträge des Kantons für das betreffende Jahr, mindestens jedoch 100'000 Franken beträgt, sind vorgängig dem Departement zur Genehmigung vorzulegen.

² Wird die erforderliche Genehmigung nicht eingeholt, die Investition trotz Nichtgenehmigung getätigt oder werden Auflagen oder Bedingungen nicht eingehalten, sind die Investitionsbeiträge des Kantons in den Folgejahren im Umfang des Anschaffungswerts der Investition zu kürzen.

Art. 12²⁾

c) Beitragshöhe

¹ Der Kanton leistet folgende Beiträge an die Investitionen:

- | | |
|---|------------|
| a) Regionalspital | 50 Prozent |
| b) ³⁾ Kantonsspital Graubünden | 75 Prozent |

² Für im überregionalen Interesse liegende Investitionen kann der Grosse Rat den Beitragssatz bis auf 90 Prozent erhöhen.

¹⁾ Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 30. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 657; GRP 2005/2006, 277; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

³ ¹⁾Der Kanton leistet den Psychiatrischen Diensten Graubünden an die Kosten der Anschaffung, des Leasings oder der Miete medizinischer Apparate und betrieblicher Einrichtungen einen Beitrag von 100 Prozent.

Art. 13

Die Trägerschaften und die Gemeinden der einzelnen Spitalregionen übernehmen die nach Abzug der Kantonsbeiträge verbleibenden Kosten. Die Aufteilung erfolgt nach einem von den Trägerschaften und den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel.

Leistungen der Trägerschaften und der Gemeinden

III. Beiträge an den Betrieb von Spitälern

Art. 16

Die finanziellen Mittel für den Betrieb der Spitäler sind zu beschaffen durch:

Grundsatz

- a) die Leistungen der Patienten beziehungsweise der Kostenträger;
- b) die Beiträge des Kantons;
- c) die Leistungen der Trägerschaften und der Gemeinden.

Art. 17²⁾

Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern vereinbarten Vergütungen fest.

Anteil der öffentlichen Hand

Art. 18³⁾

¹ Die Betriebsbeiträge des Kantons und der Gemeinden setzen sich zusammen:

Kantons- und Gemeindebeiträge

- a) aus den Beiträgen an den anerkannten Fallaufwand der innerhalb des beitragsberechtigten Leistungsangebotes erbrachten medizinischen Leistungen, für welche die Patienten beziehungsweise deren Kostenträger aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder behördlicher Anordnung keinen die betriebswirtschaftlich notwendigen Kosten deckenden Preis bezahlen;
- b) aus den Beiträgen an das Rettungswesen;

¹⁾ Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

³⁾ Fassung der Absätze 1, 3 und 4 sowie Einfügung von Absatz 5 gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

- c) aus den Beiträgen an die Lehre und Forschung;
- d) aus den Beiträgen an das Bereitschaftswesen des stationären Bereichs, soweit dieses beitragsberechtigt ist.

² ¹⁾Der Beitrag des Kantons für die medizinischen Leistungen beträgt beim Kantonsspital Graubünden 90 Prozent und bei den Regionalspitälern 85 Prozent der Beiträge an den anerkannten Fallaufwand.

³ Für die im Spital behandelten ausserkantonalen Patienten, Halbprivat- und Privatpatienten sowie Selbstzahler ist von der Summe der Betriebsbeiträge des Kantons pro Fall ein am anerkannten Fallaufwand des betreffenden Spitals zu bemessender Abzug vorzunehmen. Der Abzug kann nach Patientenkategorien differenziert werden. Er beträgt beim Kantonsspital Graubünden maximal 40 Prozent und bei den Regionalspitälern maximal 30 Prozent des anerkannten Fallaufwandes.

⁴ Der Kanton gewährt die Beiträge für die im Rahmen der Leistungsvereinbarung erbrachten medizinischen Leistungen nur, wenn die Strukturqualität gewährleistet ist.

⁵ Die Regierung legt die Anforderungen an die Strukturqualität in den individuellen Leistungsvereinbarungen fest.

Art. 18a²⁾

Grosser Rat

¹ Der Grosse Rat legt jährlich im Kantonsbudget fest:

- a) den für die Beitragsbemessung an die Spitäler anerkannten standardisierten Fallaufwand und die dazu gehörende Hospitalisationsrate;
- b) den Gesamtkredit für die Beiträge des Kantons an das Rettungswesen der Spitäler und der Spitalregion Mesolcina-Calanca;
- c) den Gesamtkredit für die Beiträge des Kantons an die Spitäler für Lehre und Forschung;
- d) unter Berücksichtigung des Beitragssatzes des Kantons an den Investitionen die Abgabesätze gemäss Artikel 18 Absatz 3 auf dem anerkannten Fallaufwand;
- e) den Gesamtkredit für die Beiträge des Kantons an das Bereitschaftswesen der Spitäler.

² ³⁾Der Gesamtkredit für die Beiträge an das Bereitschaftswesen der Spitäler beträgt 35 Prozent der gesamten gemäss Artikel 18 Absatz 3 in dem der Beschlussfassung vorangehenden Jahr erfolgten Abzüge..

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 30. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 657; GRP 2005/2006, 277; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

²⁾ Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

Art. 18b¹⁾

¹ Der standardisierte Fallaufwand wird von der Regierung festgelegt. Basis bildet der mit der mittleren Fallschwere standardisierte durchschnittliche Fallaufwand der wirtschaftlichen Spitäler gemäss Kostenrechnung des der Beschlussfassung vorangehenden Jahres. Bei der Festlegung berücksichtigt sie die gegenüber dem Basisjahr durch exogene Faktoren und die Teuerung verursachten Aufwandsänderungen.

Beiträge
1. medizinische
Leistungen

a. Festlegung
Fallaufwand

² Die Regierung kann für die Festlegung des standardisierten Fallaufwandes den Anstieg des standardisierten durchschnittlichen Fallaufwandes gegenüber dem Vorjahr auf das Zweifache der Teuerung gemäss dem Landesindex der Konsumentenpreise beschränken. Der festgelegte Wert bildet die Basis für das Folgejahr.

³ Der Grosse Rat kann den standardisierten Fallaufwand zur Festlegung des anerkannten standardisierten Fallaufwands um maximal fünf Prozent reduzieren.

⁴ Auf der Basis des vom Grossen Rat festgelegten anerkannten standardisierten Fallaufwands wird unter Anwendung der mittleren Fallschwere der anerkannte Fallaufwand für jedes Spital einzeln berechnet.

Art. 18c²⁾

¹ Die Regierung legt den Deckungsgrad der Beiträge des Kantons und der Gemeinden am anerkannten Fallaufwand der Spitäler fest. Sie orientiert sich dabei am durch andere Spitäler erreichten Deckungsgrad der übrigen Kostenträger an den anrechenbaren Kosten.

b. Beitragsbe-
messung

² Die Regierung legt das System zur Ermittlung der mittleren Fallschwere fest.

³ Wird die Hospitalisationsrate gemäss Art. 18a lit. a überschritten, sind die Leistungsbeiträge an das Spital der betreffenden Spitalregion für die darüber liegenden Fälle durch die Regierung degressiv festzulegen. Ein Leistungsbeitrag entfällt, wenn die festgelegte Hospitalisationsrate um mehr als 15 Prozent überschritten wird.

⁴ Bei unvollständigen, fehlerhaften oder verspätet eingereichten Daten der Spitäler zur Berechnung der Betriebsbeiträge können die Beiträge des Kantons durch die Regierung um maximal 20 Prozent gekürzt werden.

¹⁾ Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

²⁾ Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

- Art. 18d**¹⁾
2. Rettungswesen Die Regierung teilt den Gesamtkredit für das Rettungswesen unter Berücksichtigung des Rettungskonzepts, des Kostendeckungsgrades bei wirtschaftlicher Führung und angemessener Ausgestaltung und Organisation des Rettungsdienstes auf die Spitäler und auf die Spitalregion Mesolcina-Calanca auf.
- Art. 18e**²⁾
3. Lehre und Forschung Die Regierung teilt den Gesamtkredit für die Lehre und Forschung insbesondere unter Berücksichtigung des individuellen Leistungsauftrages, der gemäss Artikel 7 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) ausgewiesenen Kosten und Leistungen sowie der Stellenzahl des Vorjahres auf die einzelnen Spitäler auf.
- Art. 18f**³⁾
4. Bereitschaftswesen Die Regierung teilt den Gesamtkredit für das Bereitschaftswesen der Spitäler insbesondere unter Berücksichtigung des Angebotes mit Beitragsberechtigung für das Bereitschaftswesen des stationären Bereichs und der Einnahmen aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten sowie Selbstzahlern auf die einzelnen Spitäler auf.
- Art. 18g**⁴⁾
- Psychiatrische Dienste Der Kanton übernimmt 100 Prozent vom Defizit der engeren Betriebsrechnung der Psychiatrischen Dienste Graubünden.
- Art. 19**
- Leistungen der Trägerschaften und der Gemeinden Die Trägerschaften übernehmen zusammen mit den Gemeinden das nach Abzug der kantonalen Beiträge verbleibende Defizit der Gesamtrechnung ihres Regionalspitals. Die Aufteilung erfolgt nach einem von den Trägerschaften und den Gemeinden zu bestimmenden Schlüssel.

1) Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

2) Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

3) Fassung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

4) Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

IV. Beiträge an Angebote für die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen ¹⁾

Art. 21f ²⁾

Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Alters- und Pflegeheimen und Pflegegruppen vereinbarten Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest. Anteil der öffentlichen Hand

V. Ausbildungsplätze für Schulen des Gesundheits- und Sozialwesens ³⁾

Art. 22 ⁴⁾

¹ ⁵⁾Die beitragsberechtigten Leistungserbringer des Gesundheits- und Sozialwesens sind verpflichtet, innerkantonalen und im Interesse des Kantons liegenden ausserkantonalen Ausbildungsstätten eine dem Mitarbeitendenbestand angemessene Anzahl Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe zur Verfügung zu stellen. Ausbildungsplätze

² Die Regierung kann die Anzahl der Ausbildungsplätze pro Ausbildungsbetrieb festlegen. Sie legt die Anforderungen an die Ausbildungsplätze fest.

Art. 23 ⁶⁾

Beitragsberechtigten Leistungserbringern des Gesundheitswesens, welche die von der Regierung festgelegten Anforderungen an Ausbildungsplätze nicht erfüllen oder nicht die von der Regierung festgelegte Anzahl Ausbildungsplätze zur Verfügung stellen, kann die Regierung eine Beitragskürzung, -verweigerung und -rückforderung anordnen. Beitragskürzung, -verweigerung und -rückforderung

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt.

²⁾ Einfügung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

³⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁴⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

⁶⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

dungsplätze zur Verfügung stellen, können die Betriebs- und die Investitionsbeiträge des Kantons gekürzt oder verweigert werden. Beiträge können nicht zurückgefordert werden.

Art. 24¹⁾

Abteilung der
Arbeitsleistung

¹ Die Arbeitsleistungen der Auszubildenden sind in der Regel abzugelten.

² Die Regierung kann das System und die Höhe der Abgeltung festlegen.

VI. Aufsicht über Institutionen

Art. 26

Aufsicht,
Mitspracherecht

¹ ²⁾ Die beitragsberechtigten Leistungserbringer unterstehen den Bestimmungen dieses Gesetzes und, wenn sie sich auf Kantonsgebiet befinden, der Aufsicht des zuständigen Amtes.

² ... ³⁾

³ ⁴⁾ Die Trägerschaften der Regionalspitäler und des Kantonsspitals Graubünden haben dem Kanton auf Verlangen Einsitz mit beratender Stimme in den Sitzungen ihrer Organe zu gewähren.

Art. 27⁵⁾

Betriebsführung
und Rechnungs-
legung

¹ Die Regierung kann Vorschriften über die Betriebsführung, die Rechnungslegung, die Tarifgestaltung, die Stellen- und Einreichungspläne sowie über die Anstellungsbedingungen für das Personal der beitragsberechtigten Leistungserbringer erlassen. Sie kann die Bücher jederzeit überprüfen, durch das zuständige Amt Einsicht in die Belege nehmen lassen und die Betriebsführung kontrollieren sowie auf Grund der Erhebungen Vergleiche zwischen den einzelnen Leistungserbringern anstellen.

¹⁾ Fassung gemäss Art. 25 Ziff. 2 des Gesetzes über Ausbildungsstätten im Gesundheits- und Sozialwesen

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

³⁾ Aufgehoben gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

² Sie erlässt Vorgaben über die maximale Höhe der Reserven der beitragsberechtigten Leistungserbringer.

VIII. Beiträge an die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung sowie an die anerkannten Pflegefachpersonen ¹⁾

Art. 31a ²⁾

Die Regierung legt den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung und den Pflegefachpersonen vereinbarten Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege fest. Anteil der öffentlichen Hand

X. Rettungswesen ³⁾

Art. 34 ⁴⁾

¹ Eine zentrale Koordinationsstelle gewährleistet rund um die Uhr die Alarmierung bei medizinischen Notfällen und koordiniert den Einsatz der geeigneten personellen und materiellen Mittel. Koordination

² Der Kanton kann die zentrale Koordinationsstelle selber betreiben oder Dritte damit beauftragen.

Art. 36 ⁵⁾

¹ Die Regionalspitäler sind entsprechend ihrem individuellen Leistungsauftrag in ihrer Region für einen leistungsfähigen Notfall- und Krankentransport auf der Strasse verantwortlich. Transportdienste, Bewilligung

² Der Notfall- und Krankentransport ausserhalb der Strasse und die Ordnung, Rettung und Bergung von sich in Gefahr befindenden Personen ob-

¹⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

⁴⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997; siehe FN zu Art. 31

⁵⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997; siehe FN zu Art. 31

liegt den von der Regierung anerkannten privaten und öffentlichen Institutionen des Rettungswesens.

³ Der gewerbsmässige Transport von Kranken und Verunfallten ist nur mit einer Bewilligung des Sanitätsdepartementes zulässig.

Art. 37¹⁾

Betriebsrechnung
der Spitäler

Aufwand und Ertrag der Regionalspitäler für den Notfall- und Krankentransport sind in der Betriebsrechnung gesondert auszuweisen. Im übrigen gilt Artikel 18 des Krankenpflegegesetzes.

Art. 38²⁾

Sonderfälle

¹ Der Kanton übernimmt bei Spitalregionen, in denen sich kein beitragsberechtigtes Spital befindet, die nach Abzug eines angemessenen Beitrages der Gemeinden verbleibenden Kosten der regionalen Organisation für den Notfall- und Krankentransportdienst. Die Vereinbarung zwischen der Spitalregion und der regionalen Organisation für den Notfall- und Krankentransportdienst bedarf der Genehmigung der Regierung.

² Die Regierung kann Spitalregionen den Anschluss an eine ausserkantonale Koordinationsstelle genehmigen, wenn dies zur Erfüllung der Zielsetzung des Rettungswesens im Kanton als zweckmässig erscheint.

Art. 39³⁾

Beiträge

¹ Der Kanton leistet Beiträge von 50 Prozent der anrechenbaren Kosten für die Anschaffung und Einrichtung von Fahrzeugen für den Notfall und Krankentransport auf der Strasse, sofern der entsprechende Dienst in das Rettungskonzept des Kantons eingebunden ist und er die Auflagen und Bedingungen des Kantons erfüllt.

² Der Kanton kann sich entsprechend dem Leistungsauftrag an den Einrichtungs- und Betriebskosten einer durch Dritte betriebenen zentralen Koordinationsstelle beteiligen.

³ Der Kanton kann bei Bedarf den im Rettungswesen tätigen Institutionen und Personen Beiträge für die berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für Anschaffungen gewähren.

Art. 40⁴⁾

Wartgeld

¹ Die Regionalspitäler können Strassentransportdiensten im Rahmen von Leistungsaufträgen ein Wartgeld ausrichten. Die Leistungsaufträge sind vom Sanitätsdepartement zu genehmigen.

¹⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997; siehe FN zu Art. 31

²⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997; siehe FN zu Art. 31

³⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997; siehe FN zu Art. 31

⁴⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997; siehe FN zu Art. 31

² Der Kanton kann weiteren anerkannten Rettungsorganisationen ein Wartgeld gewähren.

Art. 42 ¹⁾

¹ Sind Kosten eines durch eine anerkannte Organisation durchgeführten Notfall- und Krankentransportes auf der Strasse uneinbringlich, so gehen diese zu Lasten der Betriebsrechnung des Spitals der betreffenden Spitalregion. Uneinbringliche
Kosten

² Der Kanton kann uneinbringliche Kosten von Such-, Bergungs- und Rettungsaktionen der übrigen beteiligten Organisationen übernehmen.

XI. Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ²

Art. 44 ³⁾

¹ Der Kanton gewährt den anerkannten Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie Beiträge an die Baukosten für Neubauten, Erweiterungsbauten, umfassende Umbauten und Renovationen, an die Einrichtungskosten sowie an die Kosten für den Erwerb von betriebsnotwendigen Grundstücken und Gebäuden. Baubeiträge

² ⁴⁾ Der Beitrag beträgt 100 Prozent der anrechenbaren Kosten.

³ ⁵⁾ Beiträge werden nur an Projekte gewährt, die mit dem kantonalen Versorgungskonzept übereinstimmen.

Art. 45 ⁶⁾

Der Kanton übernimmt als Betriebsbetrag 100 Prozent vom Defizit der engeren Betriebsrechnung. Die Artikel 16 und 17 Absatz 1 gelten sinngemäss. Betriebsbeiträge

-
- ¹⁾ Fassung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997; siehe FN zu Art. 31
- ²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt
- ³⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 1991; siehe FN zu Art. 3; Artikelnummerierung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997; siehe FN zu Art. 31
- ⁴⁾ Fassung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.
- ⁵⁾ Fassung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004, 759; GRP 2004/05, 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt
- ⁶⁾ Fassung gemäss Psychiatrie-Organisationsgesetz; BR 500.900

Art. 46¹⁾

Schulpsychiater

Die Institutionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie besorgen den schulpsychiatrischen Dienst.

XII. Schluss- und Übergangsbestimmungen²**Art. 47³⁾**Änderung und
Aufhebung von
Erlassen

Das Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen; BR 544.300) wird wie folgt geändert:

Art. 4

Bei Aufenthalt in einem Heim werden höchstens die von der Regierung für die auf der Pflegeheimliste aufgeführten Alters- und Pflegeheime und Pflegegruppen festgelegten maximalen Kostenbeteiligungen der Bewohner (Alters- und Pflegeheime) beziehungsweise die im Gesetz über die Förderung von Menschen mit Behinderungen festgelegten Tarife für Behinderteneinrichtungen angerechnet.

Art. 49a⁴⁾2. Spitäler
a) Investitions-
beiträge

¹ Bei der Festlegung des Investitionsbeitrages werden in den ersten zehn Jahren nach In-Kraft-Treten der Teilrevision die in den letzten fünfzehn Jahren vor In-Kraft-Treten der Teilrevision geleisteten sowie die von der Regierung bis zum In-Kraft-Treten der Teilrevision zugesicherten aber noch nicht geleisteten Beiträge abgestuft nach dem Beitragsjahr berücksichtigt.

² Die vor In-Kraft-Treten der Teilrevision zugesicherten, noch nicht geleisteten Beiträge werden nach bisherigem Recht ausgerichtet. Bei der Festlegung der Beiträge gemäss Artikel 11 Absatz 3 werden sie zu 100 Prozent angerechnet. Die zeitliche Beschränkung gemäss Absatz 1 findet nicht Anwendung.

¹⁾ Einfügung gemäss Volksbeschluss vom 3. März 1991; siehe FN zu Art. 3; Artikelnummerierung gemäss Volksbeschluss vom 28. September 1997; siehe FN zu Art. 31

²⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

³⁾ Fassung gemäss GRB vom 27. August 2010; B vom 1. Juni 2010, 103; GRP 2010/2011, 84; mit RB vom 21. Dezember 2010 auf den 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt

⁴⁾ Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

Art. 49b¹⁾

Die Restzahlungen des Kantons an die vor In-Kraft-Treten der Teilrevision entstandenen Betriebsdefizite der Spitäler erfolgen im Rahmen der verfügbaren Mittel bis spätestens fünf Jahre nach In-Kraft-Treten der Teilrevision.

b) Betriebsbeiträge

Art. 51a²⁾

¹ Die Regierung ist ermächtigt, das Frauenspital Fontana mit den dazugehörenden Grundstücken, Gebäuden und Einrichtungen unter Beachtung des Schenkungswillens von Anna von Planta unentgeltlich in die Stiftung „Kantonsspital Graubünden“ einzubringen und sämtliche damit im Zusammenhang stehenden Rechtshandlungen vorzunehmen.

Kantonsspital
Graubünden

² Die Regierung stellt sicher, dass bei den von ihr gewählten Stiftungsratsmitgliedern der Stiftung „Kantonsspital Graubünden“ beide Geschlechter vertreten sind.

XII. ...³⁾**Art. 52**⁴⁾

Die Regierung erlässt die erforderlichen Ausführungsbestimmungen insbesondere zu Art. 11, Art. 11a, Art. 18 bis Art. 18g, Art. 32 bis Art. 42 sowie Art. 49a.

Ausführungsbestimmungen

¹) Einfügung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

²) Einfügung gemäss GRB vom 30. August 2005; B vom 24. Mai 2005; 657; GRP 2005/2006, 277; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

³) Aufgehoben gemäss GRB vom 13. Juni 2007; B vom 20. März 2007, 2291; GRP 2006/2007, 1232; mit RB vom 11. Dezember 2007 auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt

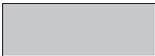
⁴) Fassung gemäss GRB vom 26. August 2004; B vom 25. Mai 2004; 759; GRP 2004/05; 409; mit RB vom 6. Dezember 2004 auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt

Anhang ¹⁾ zum Krankenpflegegesetz (Art. 6a)

Beitragsberechtigtes Angebot						
Fachrichtungen	Grundversorgung					Grund- und Zentrumsversorgung Kantonsspital Graubünden
	Savognin Sta. Maria Promontogno	Poschiavo	Schiers Scuol Thusis	Davos Ilanz	Samedan	
Innere Medizin A)						
– Allg.- und Notfallmedizin						
– Innere Medizin						
– Pneumologie				a)		
– Angiologie						
– Gastroenterologie						
– Kardiologie						
– Nephrologie				b)	b)	
– Infektiologie						
– Neurologie						
– Onkologie						
– Rheumatologie						
Chirurgie B)						
– Allgemeine Chirurgie						
– Orthopädie						
– Viszeralchirurgie						
– Thorax- und Gefässch.						
– Neurochirurgie						
– Urologie						
– Handchirurgie						
– Kieferchirurgie						
– Plastische Chirurgie						
Anästhesiologie						
Geburtshilfe						
Gynäkologie						
Intensivmedizin	c)	d)	d)	e)	f)	g)
ORL						
Pädiatrie			h)			

¹⁾ Einfügung gemäss GRB vom 29. August 2005; B vom 24. Mai 2005, 559; GRP 2005/2006, 251; mit RB vom 13. Dezember 2005 auf den 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt.

Beitragsberechtigtes Angebot						
Fachrichtungen	Grundversorgung					Grund- und Zentrumsversorgung Kantonsspital Graubünden
	Savognin Sta. Maria Promontogno	Poschiavo	Schiers Scul Thusis	Davos Ilanz	Samedan	
Ophthalmologie						
Pathologie						
Radiologie						
- Diagnostisch						
- Radioonkologie						
- Nuklearmedizin						



Angebot mit Beitragsberechtigung für die medizinischen Leistungen und für das Bereitschaftswesen des stationären Bereichs.

In diesen Fachrichtungen ist eine permanente medizinisch adäquate Interventionsbereitschaft durch einen entsprechend qualifizierten Facharzt und ein dazugehöriges Team in einer medizinisch vertretbaren Frist sicher zu stellen.



Angebot mit ausschliesslicher Beitragsberechtigung für die medizinischen Leistungen.

- A) Die Abgrenzung der Inneren Medizin zu den Subspezialitäten wird in der individuellen Leistungsvereinbarung je Spital festgelegt.
- B) Die Abgrenzung der Allgemeinen Chirurgie zu den Subspezialitäten wird in der individuellen Leistungsvereinbarung je Spital festgelegt.
 - a) Pneumologie nur in Davos.
 - b) Dialysestationen in den Spitälern Davos und Samedan.
 - c) Savognin, St. Maria: Einrichtung für die Notfall-Erstbehandlung.
 - d) Poschiavo, Schiers, Scuol und Thusis: Aufwachbetten für die postoperative Überwachung.
 - e) Davos: Ärztlich geleitete Intensivpflegestation für die Intensivüberwachung vital gefährdeter Patienten und für einfachere Intensivbehandlung.
Ilanz: Intensivüberwachung für vital gefährdete Patienten.
 - f) Samedan: Ärztlich geleitete Intensivpflegestation für die Intensivüberwachung vital gefährdeter Patienten und für einfachere Intensivbehandlung.
 - g) Kantonsspital Graubünden: Ärztlich geleitete Intensivpflegestation mit Zentrumsfunktion.
 - h) Kleinchirurgische Eingriffe sowie traumatologische Behandlungen von Kindern ab 3 Jahren sind, soweit sie im Rahmen der allgemeinen Chirurgie erbracht werden, beitragsberechtigt.

