

Vortrag

Datum RR-Sitzung: 1. Mai 2019
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Geschäftsnummer: 2017.GEF.932
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Rahmenkredit 2020-2023 zur Abgeltung weiterer Beiträge im Rahmen des Spitalversorgungsgesetzes, Verpflichtungskredit.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	2
2	Rechtsgrundlagen	3
3	Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens	4
3.1	Krankenversicherungsgesetz.....	4
3.2	Spitalversorgungsgesetz.....	4
3.3	Artikel 139 Absatz 2 SpVG	4
3.4	Zusammenhang Voranschlag und Rahmenkredit	4
3.5	Bezug zu Rahmenkredit 2016 bis 2019	5
3.6	Zusammenhang Kredit und Versorgungsplanung	5
3.7	Übersicht der im SpVG vorgesehenen «weiteren Beiträge»	6
3.7.1	Normkostenmodell Psychiatrie.....	6
3.7.2	Abgeltung zusätzlicher Leistungen	7
3.7.3	Abgeltung von Vorhalteleistungen	10
3.7.4	Ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung	11
3.7.5	Beiträge für Modellversuche	12
3.7.6	Beiträge für medizinische Innovationen	13
3.8	Tabelle Rahmenkredit 2020-2023.....	14
3.9	Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten.....	15
4	Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen.....	15
5	Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum	15
5.1	Ausgabenart und rechtliche Qualifikation der Ausgabe	16



5.2	Massgebende Kreditsumme	16
5.3	Kreditart / Konto / Produktgruppe / Rechnungsjahr	16
5.4	Für die Verwendung und die Verlängerung der Gültigkeitsdauer zuständiges Organ.....	16
6	Auswirkungen auf die Gemeinden	16
7	Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft.....	16
8	Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens / der Konsultation.....	16
9	Antrag.....	17

1 Zusammenfassung

Neben der pauschalen Abgeltung der stationären Behandlung durch den Kanton gemäss Artikel 58 des Spitalversorgungsgesetzes vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11) kann dieser weitere Beiträge gewähren. Gemäss Artikel 139 des SpVG beschliesst der Grosse Rat in der Regel alle vier Jahre für folgende Abgeltungen einen Rahmenkredit:

- Abgeltung ambulanter Spitalversorgungsleistungen,
- Abgeltung der Leistungen integrierter Versorgung,
- Abgeltung zusätzlicher Leistungen,
- Abgeltung von Vorhalteleistungen,
- Ausgaben für die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung,
- Beiträge für Modellversuche,
- Beiträge für medizinische Innovationen.

Am 14. September 2015 hat der Grosse Rat den momentan laufenden Rahmenkredit 2016-2019 beschlossen. Dieser erstreckt sich über vier Jahre und wird aufgrund der zeitlichen und finanziellen Befristung im Jahr 2020 – nach Vorlage der Jahresabschlüsse 2019 der Institutionen – abgerechnet. Der Kredit 2020–2023 schliesst sich an, um den nahtlosen Übergang zu gewährleisten.

Aufgrund des Entlastungspaketes 2018 erfährt der bisherige Kredit folgende Kürzungen:

Bereich	ab Jahr	Betrag
Beitrag für medizinische Innovationen (Nr. 44.2.6)	2018	-3'000'000
Abgeltung ambulanter Spitalversorgungsleistungen (Nr. 44.2.8)	2020	-2'601'650
Abgeltung zusätzlicher Leistungen (Nr. 44.2.7; Schwangerschaftsberatung)	2018	-85'000

Aufgrund der sich laufend veränderten Spital- und Gesundheitslandschaft werden für die folgenden Bereiche zusätzliche Mittel zur Sicherstellung der Versorgung benötigt:

- Abgeltung zusätzliche Leistungen für eine Notfallversorgung zur Sicherung der (ambulant) Grundversorgung in Gebieten ohne Ärzte.
- Abgeltung zusätzlicher Leistungen für neue Medikamente/Therapien, deren Finanzierung noch nicht geregelt ist und
- Abgeltung zur Unterstützung integrierter Versorgungsnetzwerke zur Sicherstellung der Grundversorgung.

Die nachfolgende Tabelle widerspiegelt den genehmigten Rahmenkredit 2016-2019 und den geplanten Rahmenkredit 2020–2023 pro Jahr (gemäss Planungsstand März 2019).

	Jahr 2016	Jahr 2017	Jahr 2018	Jahr 2019	Jahr 2020	Jahr 2021	Jahr 2022	Jahr 2023	Total 2020-2023
genehmigter Kredit 2016-2019, geplanter Kredit 2020-2023:	71'900'000	75'900'000	76'000'000	76'400'000	76'400'000	76'400'000	76'400'000	76'400'000	305'600'000
abzüglich EP-Massnahmen:									0
Wegfall medizinische Innovationen			-3'000'000	-3'000'000	-3'000'000	-3'000'000	-3'000'000	-3'000'000	-12'000'000
Kürzung weitere Beiträge (Schwangerschaftsberatung)			-85'000	-85'000	-85'000	-85'000	-85'000	-85'000	-340'000
nicht stationäre Psychiatrieversorgung					-2'601'650	-2'601'650	-2'601'650	-2'601'650	-10'406'600
gekürzte Mittel bis 2023	71'900'000	75'900'000	72'915'000	73'315'000	70'713'350	70'713'350	70'713'350	70'713'350	282'853'400
neue Beiträge, teilweise budgetiert:									
Sicherung Notfallversorgung Regionen ohne Ärzte					0	650'000	1'300'000	1'950'000	3'900'000
Abgeltung neuer, noch nicht tarifwirksamer Medikamente					2'800'000	2'800'000	2'800'000	2'800'000	11'200'000
Unterstützung Netzwerke zur Sicherstellung der Grundversorgung					0	3'050'000	3'050'000	5'100'000	11'200'000
nicht verteilte Mittel des budgetierten RK					-5'200'000	-4'200'000	-200'000	-200'000	-9'800'000
total zusätzlich benötigte Mittel					-2'400'000	2'300'000	6'950'000	9'650'000	16'500'000
total benötigter Kredit					68'313'350	73'013'350	77'663'350	80'363'350	299'353'400

2 Rechtsgrundlagen

- Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11), Artikel 59 bis 69, 104, 115, 116 und Artikel 139 Absatz 1 und 2.
- Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (SpVV; BSG 812.112), Artikel 20a ff und Artikel 31.
- Organisationsverordnung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (OrV GEF; BSG 152.221.121) vom 29. November 2000, Artikel 13.
- Gesetz vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLG; BSG 620.0), Artikel 46, 47, 48 Absatz 1 Bst. a, 50 und 53.
- Verordnung vom 3. Dezember 2003 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLV; BSG 621.1) Artikel 149.

3 Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens

3.1 Krankenversicherungsgesetz

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) regelt in Artikel 49 und 49a die Vergütung der stationären Behandlungen. Demnach vereinbaren Versicherer und Leistungserbringer Pauschalen, die leistungsbezogen sind und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen müssen. Diese Pauschalen dürfen gemäss Artikel 59c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Zudem dürfen **keine Kostenanteile für Leistungen, die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind**, enthalten sein.

3.2 Spitalversorgungsgesetz

Das Spitalversorgungsgesetz (SpVG) wiederum sieht vor, dass der Kanton auf der Grundlage der Versorgungsplanung weitere Leistungen im öffentlichen Interesse zusätzlich vergüten kann, wenn sie nicht kostendeckend erbracht werden können. Insbesondere kann der Kanton mit finanziellen Zuschüssen steuernd eingreifen, wenn die Versorgungssicherheit gefährdet ist (Bsp: Mitfinanzierung der ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung zur Sicherung der Ressourcen), wenn aufgrund von Fehlanreizen eine suboptimale Versorgung droht (Bsp: stationäre Leistungen vor ambulanten, weil diese besser abgegolten werden) oder wenn Entwicklungsbedarf (medizinische Innovationen) besteht. Eine solche Intervention kann nötig werden, wenn versorgungsplanerische Ziele nicht allein mit der Abgeltung der stationären Spitalversorgung nach Artikel 49a KVG erreicht werden können. Das SpVG zählt unter dem Begriff «Weitere Beiträge» in den Artikeln 59 bis 69 die vom Kanton zusätzlich finanzierbaren Leistungen als abschliessend auf und legt deren Abgeltungsregeln fest. In Artikel 105 ist die Abgeltung der ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung und in Artikel 115/116 die Modellversuche und medizinischen Innovationen festgehalten. Die Kompetenz zur Abgeltung dieser Leistungen wird in Artikel 139 geregelt.

3.3 Artikel 139 Absatz 2 SpVG

Artikel 139 Absatz 1 und 2 SpVG regelt die Zuständigkeit für die Ausgabenbewilligung. Damit wird von den ordentlichen Zuständigkeiten gemäss FLG und FLV abgewichen. Danach beschliesst der Grosse Rat in der Regel alle vier Jahre einen Rahmenkredit für die in Kapitel 1 erwähnten Abgeltungen. Der aktuell beantragte Kredit betrifft die Jahre 2020 bis 2023. Über die Verwendung des Kredites beschliesst die Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Nicht Teil des Rahmenkredites sind gemäss Gesetz

- Beiträge für Restrukturierungen im Sinne der Versorgungsplanung,
- Bürgschaften und Darlehen zur Sicherstellung der Liquidität,
- Beiträge für Investitionen,
- Abgeltungen im Rettungswesen,
- Aus- und Weiterbildungen in nichtuniversitären Gesundheitsberufen.

3.4 Zusammenhang Voranschlag und Rahmenkredit

Bei der Ausgabenbewilligung handelt es sich um einen zeitlich limitierten Verpflichtungskredit in Form eines Rahmenkredites. Dieser berechtigt die GEF, im Rahmen des durch den Grossen Rat genehmigten Gesamtbetrages über die erwähnten Jahre Verpflichtungen für die in Artikel 139 Absatz 1 SpVG aufgeführten Leistungen einzugehen, sofern die Mittel im Voran-

schlag und im Aufgaben-/Finanzplan eingestellt sind. Die Mittelverwendung – insbesondere die Zuteilung der Mittel für die einzelnen Leistungen, aber auch die Mittelverwendung über die Jahre – erfolgt im pflichtgemässen Ermessen der GEF unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben. Die Höhe des Gesamtkredites bildet ein Kostendach, welches höhere Ausgaben nicht zulässt. Der Rahmenkredit stellt eine Ermächtigung des Grossen Rates dar, bis zum bewilligten Betrag Mittel für die angeführten Zwecke zu verwenden. Angesichts des von zahlreichen Unsicherheiten geprägten finanzpolitischen Umfeldes wurden die Budgetmittel im Rahmen des Entlastungspakets 2018 gekürzt. Es ist nicht auszuschliessen, dass im Rahmen des Planungsprozesses die Budgetmittel gegebenenfalls erneut reduziert werden müssten, sollten weitere Entlastungsmassnahmen anstehen.

3.5 Bezug zu Rahmenkredit 2016 bis 2019

Mit Beschluss vom 15. September 2015 (Geschäft 2014.GEF.11591) hat der Grosse Rat den Rahmenkredit für die Jahre 2016-2019 genehmigt. Über die jährlich geflossenen Mittel hat die GEF im Geschäftsbericht Rechenschaft abgelegt. Der bestehende Rahmenkredit wird aufgrund der zeitlichen und finanziellen Befristung im Jahr 2020 – nach Vorlage der Jahresabschlüsse 2019 der Institutionen – abgerechnet. Für die Jahre 2020 bis 2023 beantragt die Gesundheits- und Fürsorgedirektion in der Folge den nächsten Kredit. Gegenüber dem Kredit 2016-2019 ergeben sich folgende Anpassungen:

- Mit dem Projekt „Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause“ finanziert die Gesundheits- und Fürsorgedirektion mittels Rahmenkredit erstmals einen Modellversuch im Bereich Psychiatrie. Der finanzielle Bedarf dafür wurde in der Versorgungsplanung gemäss SpVG 2016 ausgewiesen. Die ersten Leistungen im Rahmen des Modellversuchs werden bereits im Jahr 2019 erbracht werden. Der Versuch dauert insgesamt drei Jahre.
- Entlastungspaket 2018 - 44.2.6 Streichung Globaler Beitrag für medizinische Innovationen (CHF 3 Mio.): Die Streichung der Beiträge für medizinische Innovationen wurde den Listenspitälern schriftlich mitgeteilt. Die Mitglieder des Beirats wurden mit Brief des GEF-Direktors im November 2017 über den Entscheid des Grossen Rates und die Folgen (Aufhebung des Beirats) informiert.
- Entlastungspaket 2018 - 44.2.7 Kürzung weiterer Beiträge (Schwangerschaftsberatung, CHF 0.085 Mio.): Die betroffenen Leistungserbringer wurden im Rahmen der Vertragsverhandlungen 2018 über die beschlossene Kürzung informiert.
- Entlastungspaket 2018 - 44.2.8 Kürzung nicht stationäre Psychiatrieversorgung (CHF 2.6 Mio.): Die Leistungserbringer wurden im Herbst 2017 über die Auswirkungen des Entlastungspaketes ab 2020 informiert. Der reduzierte Budgetbetrag wird bei der Erstellung des Mengengerüsts für die Ausschreibung der Leistungen ab 2020 berücksichtigt.

3.6 Zusammenhang Kredit und Versorgungsplanung

Die beantragten Mittel dienen im Wesentlichen¹ der Umsetzung der Versorgungsplanung 2016. Diese sieht unter anderem folgende Ziele und Handlungsfelder vor:

¹ Folgende Abgeltungen fallen nicht unter die Versorgungsplanung: Schwangerschaftsberatung, Kinderschutzstelle und Kindertelefon, Aufbewahrung Archive geschlossener Spitäler, Infrastrukturbeitrag für Spitalschulen.

- Die stationäre Versorgung erfolgt durch die dezentrale Konzentration der Grundversorgung und die Konzentration der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung unter Einbezug der interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin (z.B. Beiträge für Vorhalteleistungen, Beiträge für medizinische Innovationen).
- Die stationäre Spitalversorgung ist patientenbezogen vernetzt mit Leistungserbringern in den vor- und nachgelagerten Bereichen wie niedergelassenen Ärzten, Spitex, Heimen, Gesundheitszentren (z.B. Beiträge für Modellversuche).
- Die Sicherung von ausreichendem, gut qualifiziertem und motiviertem Fachpersonal auch im universitären Bereich (z.B. Beiträge für ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung).

3.7 Übersicht der im SpVG vorgesehenen «weiteren Beiträge»

3.7.1 Normkostenmodell Psychiatrie

Mit dem Normkostenmodell Psychiatrie werden ambulante Spitalversorgungsleistungen (Artikel 59-62 SpVG) sowie die integrierte Versorgung (Artikel 63-65 SpVG) abgegolten.

Im Sinne eines abgestuften Versorgungssystems bietet die institutionelle Psychiatrie Leistungen an, die von anderen ambulanten Partnern (Hausärztinnen und -ärzte, Psychiaterinnen und Psychiater etc.) nicht erbracht werden. Dazu gehören tagesklinische Leistungen sowie niederschwellige, sozialpsychiatrische Ambulatorien. Die sozialpsychiatrischen Leistungen werden von Fachkräften unterschiedlicher beruflicher Disziplinen erbracht, wodurch Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen gewährleistet werden kann. Gerade die Möglichkeit der interdisziplinären und multimodalen Behandlung, welche sonst nur im stationären Rahmen angeboten werden kann, ist mit einer mangelnden Verrechenbarkeit verbunden. Deshalb finanziert der Kanton Bern ambulante und tagesklinische Leistungen der Psychiatrieversorgung, welche versorgungspolitisch erwünscht sind und mit den geltenden Sozialversicherungstarifen nicht kostendeckend betrieben werden können. Versorgungspolitisch erwünscht sind ambulante und tagesklinische Leistungen, welche:

- dem Bedarf der Bevölkerung entsprechen,
- niederschwellig zugänglich sind,
- auch für die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen geeignet sind,
- zur Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten beitragen,
- einen Nutzen für die Gesamtgesellschaft bzw. die Öffentlichkeit mit sich bringen.

Seit 2017 erfolgt die Abgeltung der ambulanten und tagesklinischen Psychiatrieleistungen mit dem Normkostenmodell, welches den gezielten Einkauf von Einzelleistungen ermöglicht. Das Modell umfasst eine Liste sämtlicher Leistungen, welche nicht über die Sozialversicherungen verrechnet werden können. Dazu gehören insbesondere folgende Leistungen:

- Leistungen folgender Berufsgruppen in den Tageskliniken: Sozialarbeitende, Sozialpädagogen/innen, Kunst-, Musik- und Körpertherapeut/innen sowie Peer-Mitarbeitende
- Nichtärztliche Leistungen in den Ambulatorien ab der vierten Stunde pro Woche (Beschränkung der TARMED-Tarifstruktur)
- Wegzeiten des nichtärztlichen Personals für aufsuchende Leistungen

- Leistungen an Dritte (ohne verrechenbaren Fall) wie Beratung von Angehörigen und Fachleuten, Coaching von anderen Leistungserbringern und Öffentlichkeitsarbeit
- Niederschwellige Triage-Leistungen, bei denen hilfeschende Personen nach ersten Abklärungsleistungen an geeignete Behandlungs- oder Betreuungsangebote verwiesen werden.
- Fallunabhängige Vernetzungsleistungen, welche der Angebotskoordination mit Versorgungspartnern, der Klärung von Schnittstellen und der gegenseitigen Vermittlung von Fachwissen dienen.

Die Erbringung dieser versorgungsnotwendigen Nichtpflichtleistungen kann nur durch eine kantonale Finanzierung sichergestellt werden.

Für die kantonal mitfinanzierten Leistungen wird ein bedarfsbasiertes Mengengerüst erstellt. Ab dem Jahr 2020 sollen die ambulanten und tagesklinischen Leistungen im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung zugeteilt werden. Im tagesklinischen Bereich kann der Versorgungsbedarf mengenmässig als gedeckt beurteilt werden. Aus diesem Grund wird beim Leistungseinkauf kein Kapazitätsaufbau angestrebt. Vielmehr wird der Schwerpunkt auf eine regional ausgeglichene Versorgung und auf eine angemessene Balance zwischen Grund- und Spezialversorgung gelegt. Die Nachfrage nach ambulanten Leistungen kann durch die bestehenden Angebote hingegen nicht ausreichend gedeckt werden. Ein ungedeckter Bedarf besteht insbesondere hinsichtlich aufsuchender und niederschwelliger Angebote. Deshalb wird in diesem Versorgungsbereich neben einer regional ausgeglichenen Versorgung auch ein Kapazitätsausbau geplant.

Die budgetierten Ausgaben für ambulante und tagesklinische Psychiatrieleistungen des Jahres 2019 belaufen sich auf CHF 35 Millionen. In den Jahren 2020 und 2021 führen die geplanten Mehrleistungen im ambulanten Bereich zu einer Erhöhung der Ausgaben um CHF 2 bzw. CHF 4 Millionen. Ab dem Jahr 2022 soll die «psychiatrische Akutbehandlung zu Hause» (vgl. 3.7.5) in die Regelfinanzierung überführt werden. Dies führt zu einer weiteren Ausgabensteigerung bei den ambulanten Psychiatrieleistungen (plus CHF 6 Millionen gegenüber dem Vorjahr).

Normkostenmodell Psychiatrie	Jahr 2020	Jahr 2021	Jahr 2022	Jahr 2023
ambulante Spitalversorgungsleistungen	37'000'000	37'000'000	37'000'000	37'000'000
Umsetzung Normkostenmodell		2'000'000	2'000'000	2'000'000
definitive Einführung PAH			6'000'000	6'000'000
total pro Jahr/Gesamt	37'000'000	39'000'000	45'000'000	45'000'000

3.7.2 Abgeltung zusätzlicher Leistungen

Wie bereits in Ziffer 3.2 erwähnt, kann der Kanton bei Bedarf bei den Listenspitälern und Listengeburtshäusern weitere Leistungen bestellen, welche zur Verbesserung der Patientinnen- und Patientenversorgung beitragen und nicht kostendeckend angeboten werden können. Gemäss Artikel 66 SpVG muss es sich dabei um Leistungen handeln, die nicht in den Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflege nach KVG fallen. Die Deckung allfälliger Fehlbeträge stationärer oder ambulanter Behandlungen die im Rahmen des KVG abgegolten

werden, fallen nicht unter diese Bestimmungen. Zusätzliche Abgeltungen erfolgen z.B. bei Leistungen der Schwangerschaftsberatungsstellen, Informations- und Beratungsstellen für pränatale Untersuchungen.²

zusätzliche Leistungen	Jahr 2020	Jahr 2021	Jahr 2022	Jahr 2023
Schwangerschaftsberatung, Aufbewahrung Archive geschlossener Spitäler, Kinderschutzstelle Insel, Kindertelefon	2'200'000	2'200'000	2'200'000	2'200'000
total pro Jahr/Gesamt	2'200'000	2'200'000	2'200'000	2'200'000

Im beantragten Rahmenkredits sollen zusätzlich die nachfolgenden Leistungen aufgenommen werden.

3.7.2.1 Sicherstellung Ärztliche Notfallversorgung in unterversorgten Gebieten

Der Mangel an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten macht sich vor allem in Randregionen bemerkbar. Insbesondere am Wochenende ist die ärztliche Versorgung oft nicht mehr sichergestellt. Grundsätzlich ist zwar die Ärzteschaft zur Selbstorganisation aufgerufen, in gewissen Gebieten ist dies jedoch kaum mehr möglich, da zu wenig Fachpersonal zur Verfügung steht. Die Spitäler sollen hier unterstützend eingreifen können. Für diesen Zweck müssten sie jedoch ergänzend Zusatzfinanziert werden können. Überslagsmässige Kalkulationen haben ergeben, dass hierzu jährlich rund CHF 130'000 pro zusätzlich zu übernehmenden Dienst benötigt werden. In diesen Kosten sind die Sicherstellung der Notfallversorgung an den Wochenenden, die Administration sowie anfallende Spesen enthalten.

Es ist davon auszugehen, dass ein sukzessiver Auf- bzw. Ausbau stattfindet. Deshalb werden die budgetierten Beträge gestaffelt veranschlagt: Im Jahr 2021 wird mit 5 Diensten gerechnet, im Jahr 2022 mit 10 und im Jahr 2023 mit 15 Diensten. Insgesamt wird ein Budget von CHF 3,9 Mio. veranschlagt. Die budgetierten Beträge werden selbstverständlich nur dann ausbezahlt, wenn ein entsprechender Bedarf nachgewiesen wird und die Unterstützung durch den Kanton zwingend ist.

ärztliche Notfallversorgung in unterversorgten Regionen:	Jahr 2020	Jahr 2021	Jahr 2022	Jahr 2023	Total 2020-2023
2021: 5 Regionen	0	650'000			650'000
2022: 10 Regionen			1'300'000		1'300'000
2023: 15 Regionen				1'950'000	1'950'000
total pro Jahr/Gesamt	0	650'000	1'300'000	1'950'000	3'900'000

² Artikel 1 Absatz 3 des Bundesgesetzes vom 9. Oktober 1981 über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5) verpflichtet die Kantone, Stellen für eine umfassende Schwangerschaftsberatung zu errichten. Gemäss Artikel 17 Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 8. Oktober 2004 über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG; SR 810.12) haben die Kantone dafür zu sorgen, dass unabhängige Informations- und Beratungsstellen für pränatale Untersuchungen bestehen, die über das erforderliche fachkundige Personal verfügen. Der Kanton Bern hat diese Aufgaben der Inselspital Gruppe, den regionalen Spitalzentren und der Hôpital du Jura bernois SA übertragen.

3.7.2.2 Abgeltung neuer, noch nicht tarifwirksamer Medikamente

Grundsätzlich sind Medikamente, die im Rahmen eines stationären Spitalaufenthalts abgegeben werden, Gegenstand der Vergütung nach KVG und werden nach dem Finanzierungsschlüssel «55% Wohnkanton; 45% obligatorische Krankenversicherung» abgegolten. Dies setzt jedoch eine Aufnahme in den Leistungskatalog des KVG voraus. Solange dies nicht der Fall ist, werden dem abgebenden Spital die Kosten nicht entschädigt. Dies stellt für die Spitäler eine erhebliche finanzielle Belastung dar: Die Kosten pro Patient können sich auf sechsstellige Frankenbeträge belaufen und eine Querfinanzierung ist oft nicht möglich. Um patientenbezogene Härtefälle zu vermeiden, soll während der tarif- bzw. preislosen Phase eine finanzielle Unterstützung durch den Kanton möglich sein.

Die Kosten variieren von Medikament zu Medikament, weshalb mit Durchschnittskosten von CHF 140'000 pro Fall gerechnet wird. Diese Schätzung geht davon aus, dass sich neben dem Kanton auch andere Finanzierungsträger an den Kosten beteiligen. Da die Medikamente vermehrt eingesetzt werden, wird der Bedarf auf rund 20 Patienten pro Jahr geschätzt, was einem Budgetbedarf von jährlich CHF 2,8 Mio. entspricht.

Abgeltung neuer, noch nicht tarifwirksamer Medikamente	Jahr 2020	Jahr 2021	Jahr 2022	Jahr 2023	Total 2020-2023
20 Patient/innen pro Jahr	2'800'000	2'800'000	2'800'000	2'800'000	11'200'000
total pro Jahr/Gesamt	2'800'000	2'800'000	2'800'000	2'800'000	11'200'000

3.7.2.3 Unterstützung Netzwerke Grundversorgung

Die Bildung von Gesundheitsnetzwerken soll gefördert werden. Hierzu soll der Kanton Spitäler, die eine Führungs- und Koordinationsfunktion übernehmen, finanziell unterstützen können. Die Unterstützung besteht aus Beiträgen in der Höhe von CHF 2'050'000 pro Jahr, zur Deckung der Kosten die dem Spital für die Bereitstellung und den Betrieb eines «Standorts» anfallen. Darunter fällt das benötigte bzw. zur Verfügung zu stellende Gesundheitsfachpersonal, der Overhead sowie Transport- und Logistikkosten. Mit «Standort» ist der Campus des Netzwerks (z.B. in der Form eines Gesundheitszentrums) gemeint. Für jeden zusätzlichen Standort, den ein Spital betreibt, würde eine zusätzliche Mio. CHF veranschlagt. Damit werden Synergieeffekte berücksichtigt. Im Jahr 2020 soll eine Region mit zwei Standorten unterstützt werden können, was sich auf CHF 3'050'000 belaufen würde. Ab 2022 könnte die Ausweitung auf eine zweite Region mit einem Standort, d.h. die Aufstockung der Mittel auf CHF 5'100'000 erfolgen. Somit resultiert für die gesamte Periode des Rahmenkredits ein Mittelbedarf von CHF 11,2 Mio.

Unterstützung Netzwerke Grundversorgung	Jahr 2020	Jahr 2021	Jahr 2022	Jahr 2023	Total 2020-2023
1 Region / 2 Standorte	0	3'050'000	3'050'000	3'050'000	9'150'000
2023: zusätzlich 1 Region mit 1 Standort				2'050'000	2'050'000
					0
total pro Jahr/Gesamt	0	3'050'000	3'050'000	5'100'000	11'200'000

3.7.3 Abgeltung von Vorhalteleistungen

Die leistungsbezogenen Abgeltungen nach KVG entschädigen die Listenspitäler und Listengeburthäuser für eine effektiv erbrachte Leistung. Damit den Patientinnen und Patienten die erforderliche Leistung jedoch auch zeitgerecht zur Verfügung steht, müssen die Listenspitäler und Listengeburthäuser eine entsprechende Infrastruktur sowie das erforderliche Fachpersonal ständig bereithalten. Bis zu einer bestimmten Produktivität deckt die leistungsbezogene Abgeltung diese Vorhaltekosten in der Regel ab. Sollte dies nicht der Fall sein und die Vorhaltung von Leistungen aufgrund der Versorgungsplanung dennoch erforderlich, so kann der Kanton gemäss Artikeln 67 bis 69 SpVG Zusatzfinanzierungen leisten.

In der Psychiatrie bestehen beispielsweise systembedingte Lücken in der Finanzierung, da die stationären sowie ambulanten Tarife auf einer optimalen Betriebsauslastung beruhen, die Vorhaltekapazitäten nur sehr eingeschränkt zulassen. Ein niederschwelliger Zugang ohne Wartefristen in Krisensituationen ist für die Psychiatrieversorgung enorm wichtig. Eine gut funktionierende ambulante, integrierte und gemeindenahе psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung kann nur durch das Vorhalten von leicht zugänglichen und jederzeit verfügbaren Kriseninterventionsangeboten sichergestellt werden. So können unnötige Hospitalisationen verhindert und das bestehende soziale Umfeld gestärkt werden. Zu den Vorhalteleistungen gehören insbesondere:

- Bereitschaftsdienste für psychiatrische Notfälle und Kriseninterventionen ausserhalb der Bürozeiten (Aufrechterhalten des Betriebs, ohne dass durchgehend verrechenbare Leistungen erbracht werden)
- Absenzen („no shows“), die gerade bei bestimmten psychiatrischen Diagnosen zum Krankheitsbild gehören.

Um eine bedarfsgerechte regionale psychiatrische Grundversorgung entsprechend der Versorgungsplanung sicherzustellen, bedarf es der Mitfinanzierung von Vorhalteleistungen in spitalbasierten sozialpsychiatrisch ausgerichteten Ambulatorien sowie bei mobilen Kriseninterventionsteams. Die Abgeltung der Vorhalteleistungen erfolgt seit 2017 mit dem Normkostenmodell Psychiatrie, welches den gezielten Einkauf von Einzelleistungen ermöglicht. Derzeit beläuft sich die Abgeltung für Vorhalteleistungen auf rund CHF 2.3 Mio. Ab dem Jahr 2022 soll die «psychiatrische Akutbehandlung zu Hause» (vgl. 3.7.5) in die Regelfinanzierung überführt werden. Dies führt zu einer Ausgabensteigerung bei den ambulanten Psychiatrieleistungen (vgl. 3.7.1) sowie bei den Vorhalteleistungen (plus 2 Millionen gegenüber 2021).

Vorhalteleistungen	Jahr 2020	Jahr 2021	Jahr 2022	Jahr 2023
Vorhalteleistungen (generell)	1'800'000	1'800'000	1'800'000	1'800'000
definitive Einführung PAH			2'000'000	2'000'000
total pro Jahr/Gesamt	1'800'000	1'800'000	3'800'000	3'800'000

3.7.4 Ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung

Gemäss Artikel 49 Absatz 3 KVG bilden die Kosten für die Forschung und universitäre Lehre und damit unter anderem auch die Kosten der durch das Medizinalberufe-Gesetz anerkannten ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung keinen Bestandteil der Tarife. Diese Kosten müssen von den Spitälern bzw. deren Trägerschaften oder vom jeweiligen Standortkanton getragen werden. Der Kanton richtet den bernischen Listenspitälern gemäss Artikel 31 SpVV einen Beitrag an die Kosten der ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung von derzeit CHF 15'000 pro Ärztin/Arzt in Weiterbildung bzw. pro Pharmazeutin/Pharmazeut in Weiterbildung und pro Jahr (Vollzeitäquivalent) aus.

Am 20. November 2014 hat die Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) den Kantonen die interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung, WfV) zur Ratifikation unterbreitet (die pharmazeutische Weiterbildung ist nicht Gegenstand der Vereinbarung). Mit der Vereinbarung werden zwei Ziele verfolgt: Zum einen soll den Spitälern ein gesamtschweizerisch einheitlicher pauschaler Mindestbeitrag von CHF 15'000 pro Ärztin/Arzt in Weiterbildung und pro Jahr ausgerichtet werden. Zum anderen soll ein interkantonaler Ausgleich dafür sorgen, dass die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen finanziellen Belastungen weniger einseitig bei jenen Kantonen anfallen, deren Spitäler sich stark in der Weiterbildung engagieren.

Der Kanton Bern ist der interkantonalen Vereinbarung am 13. Juni 2016 beigetreten. Da auch mit diesem Beitritt das für die Inkraftsetzung benötigte Quorum von 18 Kantonen immer noch nicht erreicht wurde, hat der Kanton Bern am 26. April 2017 eine Standesinitiative eingereicht. Ziel des Vorstosses war es, dass der Bund dafür sorgt, dass alle Kantone der Vereinbarung beitreten und die ärztliche Weiterbildung in den Spitälern mit mindestens CHF 15'000 entschädigen. Ebenso forderte die Standesinitiative vom Bund einen interkantonalen Finanzausgleich zwischen allen Kantonen zum Ausgleich der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen finanziellen Belastungen. Der Vorstoss wurde am 13. Juni 2018 vom Ständerat aber abgelehnt.

Gemäss GDK sind bis Oktober 2018 nur 14 Kantone der Vereinbarung beigetreten. Damit kann der in der Vereinbarung vorgesehene Mechanismus für den interkantonalen Ausgleich der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen finanziellen Belastung noch nicht angewendet werden.

Die in der interkantonalen Vereinbarung vorgesehenen Beiträge, welche an die Vereinbarungskantone ausbezahlt oder in Rechnung gestellt wurden, sollten auf der Basis der Daten des Bundesamts für Statistik (BFS) jährlich bestimmt werden. Gestützt auf eine Berechnung, die im Rahmen der Erarbeitung der Vereinbarung von der GDK mit BFS-Daten aus dem Jahr 2012 vorgenommen wurde, hätte der Kanton Bern einen Betrag von rund CHF 160'000 in den Ausgleich einzahlen müssen. Neue Simulationen der GDK mit Daten aus dem Jahr 2016 zeigen, dass der Kanton Bern rund 1 Mio. Franken aus dem Abkommen enthalten würde, wenn alle Kantone der Vereinbarung beitreten würden. Beim Szenario mit 18 Beitrittskantonen müsste der Kanton Bern zusätzlich rund CHF 500'000 einzahlen. Zu beachten ist, dass die GDK-Simulation mit wesentlich mehr Weiterbildungsstellen im Kanton Bern rechnet, als tatsächlich in den letzten Jahren den bernischen Leistungserbringern entschädigt wurden.

Für die ärztliche und die pharmazeutische Weiterbildung sind für die Jahre 2020-2023 jährlich CHF 19.5 Mio. eingestellt. Diese Werte basieren auf der Annahme, dass das Angebot an ärztlichen Weiterbildungsstellen in den kommenden Jahren eher stagniert. Gemäss den Einschätzungen der Leistungserbringer, ist ein Ausbau des bestehenden Weiterbildungsangebots ohne eine Erhöhung der Entschädigung nicht möglich. Dazu ist zu beachten, dass seit 2018 die medizinische Fakultät 100 zusätzliche Studierende aufnimmt, die ab 2024 eine ärztliche Weiterbildung zu einem der 44 ärztlichen Facharztstitel anstreben werden. Bis zu diesem Zeitpunkt, müssen die Rahmenbedingungen für die zusätzlich benötigten Weiterbildungsstellen mit den Leistungserbringern geklärt werden. Um die möglichen Auswirkungen der Weiterbildungsvereinbarung ausgleichen zu können, wurde ein Betrag von CHF 500'000 eingerechnet.

ärztliche Weiterbildung	Jahr 2020	Jahr 2021	Jahr 2022	Jahr 2023
CHF 15'000.--/Jahr pro Vollzeitäquivalent	19'500'000	19'500'000	19'500'000	19'500'000
total pro Jahr/Gesamt	19'500'000	19'500'000	19'500'000	19'500'000

3.7.5 Beiträge für Modellversuche

Das Gesundheitswesen zeichnet sich durch ständige Veränderungs- und Entwicklungsprozesse aus. Um dieser Dynamik gerecht zu werden, müssen neue Erkenntnisse gewonnen und mittels einer zeitlich beschränkten Anwendung erprobt werden können. Der Kanton ist an Modellversuchen interessiert, um neue oder veränderte Methoden, Konzepte, Regelungen, Formen oder Abläufe im Hinblick auf eine allfällige Implementierung zu dokumentieren und auszuwerten. Artikel 115 SpVG gibt der GEF die grundsätzliche Kompetenz, Modellversuche durchzuführen oder mit Beiträgen zu fördern. Dabei soll es einerseits möglich sein, Modellversuche innerhalb des eigentlichen Geltungsbereiches des SpVG durchzuführen, d.h. in der Spitalversorgung, im Rettungswesen oder in der Aus- und Weiterbildung sowie in deren Kooperationsfeldern. Darüber hinaus soll ermöglicht werden, Modellversuche an den Schnittstellen zwischen dem Geltungsbereich des SpVG und den Geltungsbereichen des Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01) und des Gesetzes vom 11. Juni 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG; BSG 860.1), d.h. an den Schnittstellen zu den vor- und nachgelagerten Versorgungsbereichen, durchzuführen oder mit Beiträgen zu fördern. Die Optimierung dieser Schnittstellen wird im Rahmen der angestrebten integrierten Versorgung in den kommenden Jahren zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Basierend auf Artikel 115 SpVG läuft derzeit ein erster Modellversuch, in welchem ein für den Kanton Bern neuer Ansatz zur «stationsäquivalenten» Behandlung von akuten psychischen Erkrankungen erprobt wird. Es konnten insgesamt drei Leistungserbringer für die Teilnahme an diesem Versuch zur «psychiatrischen Akutbehandlung zu Hause» gewonnen werden. Die Betriebsaufnahme verläuft aufgrund organisatorischer Faktoren gestaffelt, die ersten beiden Betriebe starten im Sommer 2019, der dritte Anfang 2020. Der Finanzbedarf beläuft sich für die Jahre 2019 – 2021 auf insgesamt 10 Mio. CHF. Davon sind knapp 3 Mio. CHF für nicht bereits eingeplante Leistungen (insbesondere im Rahmen des Modellversuchs anfallende neue Vorhalteleistungen sowie die externe Evaluation) vorgesehen. Der zweite Teil der Mittel wird für Versorgungsleistungen gemäss kantonaler Leistungsliste (Normkostenmodell Psychiatrie) verwendet (7 Mio. CHF). Da ein Teil der Kosten bereits im Jahr 2019 anfallen, werden

im Rahmenkredit 2020-2023 die verbleibenden CHF 9 Mio. für diesen Modellversuch reserviert (für zwei der drei Versuchsjahre).

Der Modellversuch wird durch eine externe Firma evaluiert. Aufgrund der Ergebnisse wird geprüft, ob dieses Leistungsangebot auf den ganzen Kanton ausgedehnt werden soll. Die Mehrkosten dafür könnten unter Umständen durch einen Rückgang der stationären Behandlungstage kompensiert werden. Um den Abbau von stationären Kapazitäten zu fördern müssten entsprechende Vereinbarungen mit den Leistungserbringern abgeschlossen werden. Die bei einer Weiterführung des Angebots entstehenden Kosten im Bereich der ambulanten Spitalversorgungsleistungen und der Vorhalteleistungen sind im Rahmenkredit ab dem Jahr 2022 berücksichtigt.

Modellversuche	Jahr 2020	Jahr 2021	Jahr 2022	Jahr 2023
psychiatrische Behandlung zu Hause (PAH)	5'000'000	4'000'000	0	0
total pro Jahr/Gesamt	5'000'000	4'000'000	0	0

3.7.6 Beiträge für medizinische Innovationen

Gemäss Artikel 116 SpVG kann die zuständige Stelle der Gesundheits- und Fürsorgedirektion den Universitätsspitalern und anderen Listenspitälern im Rahmen der dafür bewilligten Ausgaben Beiträge zur Förderung einzelner medizinischer Innovationen gewähren. Medizinische Innovationen sind aus der Forschung herausgewachsene neue diagnostische und therapeutische Leistungen, die ein Listenspital in der Klinik einsetzen möchte, die aber in der entsprechenden Tarifstruktur (SwissDRG, TARPSY, TARMED, sowie Tarifstrukturen für die rehabilitative Versorgung, inskünftig ST Reha) noch nicht ordentlich abgebildet sind.

Im Rahmen des Entlastungspakets 2018 wurden die Beiträge für medizinische Innovationen in der Höhe von CHF 3 Mio. gestrichen (Massnahme 44.2.6). Die Streichung der Beiträge für medizinische Innovationen wurde den Listenspitälern schriftlich mitgeteilt. Die Mitglieder des Beirats wurden mit Brief des GEF-Direktors im November 2017 über den Entscheid des Grossen Rates und die Aufhebung des Beirats informiert.

3.8 Tabelle Rahmenkredit 2020-2023

Budgetierte Beiträge gemäss den heutigen Erkenntnissen und Möglichkeiten	Artikel SpVG	RG 2016 (in Mio.)	RG 2017 (in Mio.)	RG 2018 (in Mio.)	VA 2019 (in Mio.)	VA 2020 (in Mio.)	FP 2021 (in Mio.)	FP 2022 (in Mio.)	FP 2023 (in Mio.)
Normkostenmodell Psychiatrie: - ambulante Spitalversorgungsleistungen ¹⁾³⁾ - Integrierte Versorgung	59ff 63ff	37.8	38.7	37.8	35.0	37.0	39.0	45.0	45.0
zusätzliche Leistungen ²⁾ (inkl. neue Abgeltungen gemäss Kapitel 1)	66	2.9	2.0	2.2	3.0	5.0	8.7	9.4	12.1
Vorhalteleistungen ³⁾	67ff	0.0	0.0	0.0	2.0	1.8	1.8	3.8	3.8
ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung	105	18.5	21.0	18.5	19.0	19.5	19.5	19.5	19.5
Modellversuche ³⁾	115	0.0	0.0	0.0	2.0	5.0	4.0	0.0	0.0
medizinische Innovationen ⁴⁾	116	3.0	3.0	-1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nicht zugewiesene Mittel (Budget)					12.3	0.0			
Total		62.2	64.7	57.4	73.3	68.3	73	77.7	80.4

- 1) Erhöhung der Ausgaben für ambulante und tagesklinische Psychiatrieleistungen ab 2021 (CHF 2 Mio.) und ab 2022 CHF 6 Mio. infolge der psychiatrischen Akutbehandlung zu Hause.
- 2) Ab 2021 sind in den zusätzlichen Leistungen Abgeltungen gemäss Kapitel 1 enthalten (Medikamente, Notfallversorgung, Sicherung Grundversorgung).
- 3) Der Modellversuch psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (PAH) läuft voraussichtlich ab 2019 bis 2021. Sollte der Versuch erfolgreich sein, werden die Mittel weiterhin benötigt. Bei einer flächendeckenden Einführung wird der Mittelbedarf sogar noch ansteigen. Ab 2022 sind in den ambulanten Leistungen deshalb 6 Mio. und in den Vorhalteleistungen CHF 2 Mio. zusätzlich enthalten (vgl. Fussnote 1).
- 4) Im Rahmen des Entlastungspaketes 2018 (Nr. 44.2.6) wurden die Mittel für die medizinischen Innovationen (CHF 3 Mio.) gänzlich gestrichen. Die Abrechnung erfolgt jeweils im Folgejahr, weshalb Ende 2017, auf der Basis des damaligen Wissensstands, eine Abgrenzungsbuchung errichtet wurde. 2018 wurden aber nicht wie vorgesehen, CHF 3 Mio. ausbezahlt, sondern CHF 1.9 Mio. weshalb der RK 2018 um CHF 1,1 Mio. entlastet wurde.



3.9 Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten

Die «Weiteren Beiträge» nach den Artikeln 59 bis 69 SpVG werden jährlich ausbezahlt. Als Basis dient dabei grundsätzlich der Leistungsvertrag, welcher mit den Leistungserbringern abgeschlossen wird. In einzelnen Fällen wie z.B. der Innovationsbeitrag, welcher nur auf Ge- such hin erfolgt, werden die Beiträge verfügt. Die abgegoltenen Beträge werden jährlich im Geschäftsbericht dargestellt. Abweichungen werden begründet. Für die Mittelzuteilung ist die GEF zuständig.

4 Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen

Die Richtlinien der Regierungspolitik 2019-2022 sehen in der Gesundheitsversorgung folgende Themen vor:

Ziel 1: Der Kanton Bern ist ein attraktiver Innovations- und Investitionsstandort. Er fördert die Vernetzung von Forschung und Wirtschaft. Der Kanton legt besonderes Gewicht auf die Entwicklung von wirtschaftlichen und technologischen Projekten mit Zukunftspotenzial, nationaler und internationaler Ausstrahlung sowie grosser wirtschaftlicher Wertschöpfung. Mit dem Aufbau eines weltweit bedeutenden Medizincampus auf dem Inselareal und der sitem- insel soll der Kanton Bern zum führenden Medizinalstandort der Schweiz werden und den Aufbau von neuen Forschungs- und Entwicklungszentren fördern.

Ziel 3: Der Kanton Bern ist für seine Bevölkerung attraktiv. Er fördert den gesellschaftlichen Zusammenhalt durch eine verstärkte und gezielte Integration von sozial Benachteiligten.

Perspektive 3B: Die Spitalversorgung wandelt sich rasch und grundlegend, da Leistungen zunehmend nur noch ambulant erbracht werden. Dazu kommen die fortschreitende Digitalisierung, massgeschneiderte Behandlungsangebote und das Vernetzen der Versorgungsstrukturen. Der Kanton Bern stellt sicher, dass sich die Angebote der Gesundheitsversorgung diesen Entwicklungen anpassen und auch in Zukunft eine hohe Zugänglichkeit und Qualität sichergestellt ist und die Versorgung bezahlbar bleibt. Die Koordination und Kooperation soll gefördert werden.

Perspektive 3C: Mit seiner neuen Gesundheitsstrategie legt der Kanton Bern die Basis für ein qualitativ hochstehendes, leicht zugängliches, vernetztes und bezahlbares Gesundheitswesen, das nationale Strahlkraft ausübt und in dem die Eigenverantwortung aller Mitwirkenden einen hohen Stellenwert hat.

5 Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum

Auf die Organisation, das Personal, die IT und die Räumlichkeiten hat diese Ausgabenbewilligung keinen Einfluss.



5.1 Ausgabenart und rechtliche Qualifikation der Ausgabe

Es handelt sich um eine neue Ausgabe gemäss Artikel 48, Absatz 1 Buchstabe a, und mehrheitlich um wiederkehrende Ausgaben gemäss Artikel 47 FLG. Gemäss Artikel 139 Absatz 1 SpVG ist der Grosse Rat für deren Bewilligung zuständig.

5.2 Massgebende Kreditsumme

Total aller Jahre: CHF 299'353'400

5.3 Kreditart / Konto / Produktgruppe / Rechnungsjahr

Verpflichtungskredit in Form eines Rahmenkredites für die Jahre 2020 bis 2023 zu Lasten der Konten 363200, 363400 und 363500. Produktgruppe Gesundheitsversorgung (Nr. 04.04.9105).

Die voraussichtlichen Zahlungstranchen teilen sich wie folgt auf:

2020:	CHF	68'313'350
2021:	CHF	73'013'350
2022:	CHF	77'663'350
2023:	CHF	80'363'350

Im Jahr 2024 erfolgen zusätzlich Zahlungen und/oder Rückforderungen aufgrund der Abrechnung des Jahres 2023 der Leistungserbringer.

5.4 Für die Verwendung und die Verlängerung der Gültigkeitsdauer zuständiges Organ

Die GEF ist gemäss SpVG Artikel 139 Absatz 2 für die Mittelverwendung und den Vollzug dieses Beschlusses zuständig. Sie entscheidet über eine allfällige Verlängerung der Laufzeit des Rahmenkredits.

Der Kredit ist – abgesehen von den zusätzlich vorgesehenen Mitteln gemäss Ziffer 3.7.2.1 bis 3.7.2.3 – im Voranschlag 2020 und im Finanzplan 2021–2023 eingestellt. Über den Umfang, welcher für letztere Aufgaben in Voranschlag 2020 und Finanzplan 2021–2023 aufgenommen wird, entscheidet der Regierungsrat im Rahmen des laufenden Planungsprozesses.

Der Kredit untersteht dem fakultativen Referendum und ist im Amtsblatt zu eröffnen.

6 Auswirkungen auf die Gemeinden

keine

7 Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft

keine

8 Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens / der Konsultation

Keine Vernehmlassung

9 Antrag

Der Regierungsrat ersucht Sie, dem beigelegten Beschlusses-Entwurf zuzustimmen.

Beilagen:

- RRB