



Richtlinie für Subventionen gemäss § 11 SPFG

Gültig ab 1. Januar 2025

1. Grundsatz

Der Kanton kann Subventionen an Listenspitäler sowie an ambulante Leistungserbringer gemäss § 11 des Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetzes (SPFG; LS 813.20) gewähren. In Frage kommen dabei nachfolgende Leistungen, soweit dafür nachweislich keine kostendeckenden Tarife oder anderweitige ausreichende Entschädigungen erhältlich gemacht werden können und sie der Zürcher Bevölkerung zu Gute kommen.

2. Subventionsberechtigte Leistungen von Listenspitälern (§ 11 Abs. 1 SPFG)

2.1. Stationäre und spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen (lit. a)

Pflichtleistungen, die abrechenbar gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und weiteren Sozialversicherungsgesetzen sind und die vom kantonalen Leistungsauftrag erfasst sind. Eine finanzielle Unterstützung solcher Leistungen stellt einen subsidiären staatlichen Eingriff dar, mit dem Zweck die Versorgung sicherzustellen. Die Leistungen müssen spitalintern oder in vom Listenspital betriebenen Ambulatorien, Polikliniken, Tages- und Nachtkliniken, Kriseninterventionszentren, Notfallstationen oder weiteren Institutionen erbracht werden. Voraussetzung ist zudem, dass die ungedeckten Kosten nicht durch Gewinne aus Zusatzleistungen gedeckt werden können. Das Amt für Gesundheit stellt die Gleichbehandlung der Leistungserbringer sicher.

Einerseits kann es sich um spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen handeln, die aufgrund der erforderlichen Behandlungsintensität, der notwendigen Interdisziplinarität oder der benötigten Spezialisierung nicht durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht werden können und versorgungsnotwendig sind. Subventionen für solche Leistungen haben in der Regel einen längerfristigen Zeithorizont.

Andererseits kann es sich um stationäre und spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen handeln,

- a) mit denen eine durch die Tarife nicht kostendeckende Erweiterung der bestehenden Kapazitäten in unterversorgten Bereichen erfolgt oder
- b) für die eine adäquate Abbildung in den Tarifen angestrebt wird.

Solche Anschub- bzw. Überbrückungsfinanzierungen werden einmalig und befristet gewährt.

2.2. Gemeinwirtschaftliche Leistungen im Zusammenhang mit kantonalen Leistungsaufträgen (lit. b)

Leistungen, die nicht zwingend notwendig zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 39 Abs. 1 KVG sind und damit als nicht OKP-pflichtig gelten, die jedoch der Gesundheitsversorgung im Kanton dienen und an deren Erbringung deshalb ein öffentliches Interesse besteht. Nur Leistungen, die nicht von der OKP oder anderen Sozialversicherungen vergütet



werden und die auch nicht von den leistungsbeziehenden Patientinnen und Patienten bezahlt werden müssen, können unter diese Bestimmung fallen. Subventionen für solche Leistungen haben in der Regel einen längerfristigen Zeithorizont. Das Amt für Gesundheit stellt die Gleichbehandlung der Leistungserbringer sicher.

Keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen gemäss § 11 Abs. 1 lit. b SPFG stellen Prävention und Gesundheitsförderung dar; rechtliche Grundlage für deren Subventionierung ist § 46 des Gesundheitsgesetzes (GesG; LS 810.1).

2.3. Nichtpflichtleistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (lit. c)

Leistungen im Rahmen der Etablierung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die (noch) nicht über die Tarife abgerechnet werden können und von denen eine qualitative Verbesserung der Versorgung oder Kosteneinsparungen erwartet werden können. Ausgenommen ist die Grundlagenforschung. Finanzielle Beiträge werden in der Regel einmalig und befristet gewährt.

Projekte und Versuchsmodelle können dem Amt für Gesundheit zur Prüfung unterbreitet werden.

2.4. Leistungen im Rahmen neuer Versorgungsmodelle (lit. d)

Leistungen im Rahmen neuer Versorgungsmodelle, die

- a) für Patientinnen und Patienten eine deutliche Verbesserung in den Behandlungsabläufen versprechen oder
- b) voraussichtlich zu wesentlichen Kosteneinsparungen führen oder
- c) von denen messbare Verbesserungen der Ergebnisqualität zu erwarten sind.

Finanzielle Beiträge werden in der Regel einmalig und befristet gewährt. Sofern sich ein neues Versorgungsmodell bewährt, kann eine Subvention nach § 11 Abs. 1 lit. a oder lit. b SPFG geprüft werden.

Projekte und Versuchsmodelle können dem Amt für Gesundheit zur Prüfung unterbreitet werden.

3. Subventionsberechtigte Leistungen von ambulanten Leistungserbringern (§ 11 Abs. 2 SPFG)

Leistungen von ambulanten Leistungserbringern, sofern sie versorgungspolitisch sinnvoll sind, und

- a) die Versorgungskette verbessern oder
- b) die stationäre Spitalversorgung entlasten.

Einerseits kann es sich um ambulante Leistungen mit einer hohen Behandlungsintensität, Interdisziplinarität oder Spezialisierung handeln, die in Zusammenarbeit mit einem Listenspital erbracht werden und versorgungsnotwendig sind. Im Rahmen der Zusammenarbeit sind insbesondere Patientenzuweisung, Qualitätssicherung und Wissensaustausch zu regeln. Subventionen für solche Leistungen haben in der Regel einen längerfristigen Zeithorizont. Das Amt für Gesundheit stellt die Gleichbehandlung der Leistungserbringer sicher.

Andererseits kann es sich um ambulante Leistungen handeln, mit denen eine durch die Tarife nicht kostendeckende Erweiterung der bestehenden Kapazitäten in unterversorgten Bereichen erfolgt. Solche Anschubfinanzierungen werden einmalig und befristet gewährt und die Gleichbehandlung der Leistungserbringer wird sichergestellt.

Des Weiteren können Leistungen im Rahmen neuer Versorgungsmodelle gemäss § 11 Abs. 1 lit. d SPFG subventioniert werden.

4. Allgemeine Voraussetzungen und Umfang der Subventionen

Der Kanton kann Subventionen in der Höhe von bis zu 100% der ungedeckten Kosten gewähren. Das Verfahren zur Gewährung von Subventionen richtet sich nach den Bestimmungen des Staatsbeitragsgesetzes. Der Regierungsrat, die Gesundheitsdirektion und das Amt für Gesundheit entscheiden im Rahmen ihrer Finanzkompetenzen über Höhe und besondere Voraussetzungen der Subventionen.

Für eine Subventionierung ist ein Antrag an das Amt für Gesundheit zu stellen. Die notwendigen Angaben sind dem Informationsblatt «Vorgaben Subventionsantrag» des Amtes für Gesundheit in seiner jeweils aktuellsten Fassung zu entnehmen.

Die Subventionen werden grundsätzlich für spezifische Leistungen vereinbart. Gemäss § 11 Abs. 4 SPFG werden sie in der Regel in der Form von leistungsbezogenen Pauschalen gewährt. Die leistungsbezogenen Pauschalen werden basierend auf den erbrachten Leistungen, deren Umfang und den ungedeckten Kosten berechnet. Die Kosten sind gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) zu bestimmen. Es wird darauf geachtet, dass Leistung und Subvention in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Abhängig von Leistungsgegenstand und Umfang der Subvention können Vorgaben des öffentlichen Beschaffungsrechts zur Anwendung kommen. Subventionen gegenüber Leistungserbringern, die unter ausschliesslich staatlicher Beteiligung stehen und die ausschliesslich nicht gewinnorientierten Tätigkeiten im öffentlichen Interesse nachgehen, sind von den Vorgaben des öffentlichen Beschaffungsrechts ausgenommen. Des Weiteren sind Ausnahmen vom Beschaffungsrecht dort denkbar, wo angesichts gesetzlicher Vorgaben hinsichtlich Leistungserbringer, Leistungsumfang und Subventionshöhe die vertragliche Gestaltungsfreiheit auf ein Minimum reduziert ist.

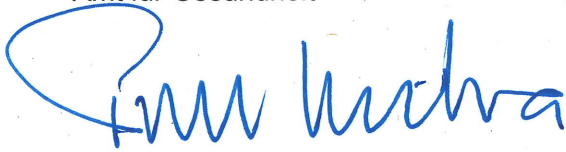
Die Subventionen werden in der Regel in Form einer Verfügung oder einer schriftlichen Leistungsvereinbarung zugesprochen. Dabei werden Subventionsempfänger, Rechtsgrundlage, Ziel und Zweck der Subvention, Art und Umfang der Leistungen, Subventionshöhe und Modalitäten der Auszahlung, Berichterstattung und Rechenschaftsablage sowie die Geltungsdauer festgehalten.

Falls bei Leistungen nach Subvention ein Gewinn erwirtschaftet wurde, wird die Subvention nachträglich gekürzt. Ein Gewinn von bis zu 5% im Vergleich zu den Vollkosten des relevanten Leistungsbereichs wird als zulässig erachtet. Der Gewinn ist zweckgebunden zur Erfüllung der vereinbarten Leistung zu verwenden. Pauschalierte Subventionen können zudem gekürzt werden, wenn der effektive Leistungsumfang wesentlich vom Leistungsumfang abweicht, welcher der Subvention zugrunde gelegt wurde. Bedingung für eine Kürzung ist, dass eine wesentliche Messgrösse mehr als 20% vom Planwert abweicht.

5. Überarbeitung der Richtlinie

Diese Richtlinie ist binnen fünf Jahren ab Inkrafttreten vor dem Hintergrund der dannzumal geltenden gesetzlichen Grundlagen und der zwischenzeitlichen Erfahrungen zu revidieren.

Amt für Gesundheit



Peter Indra, Dr. med. MPH
Amtschef