

## **Vorlage an den Landrat**

### **Partnerschaftliches Geschäft**

**Betreffend Genehmigung des Staatsvertrages zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt über die Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung**

**sowie**

**Genehmigung des Spitalversorgungsgesetzes**  
wird durch System eingesetzt

vom 06. Februar 2018

## Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung.....	4
1.1.	Staatsvertrag über die gemeinsame Gesundheitsversorgung	4
1.2.	Spitalversorgungsgesetz (SpiVG)	4
1.3.	Struktur der Vorlage	5
1.3.1.	<i>Zweck</i>	5
1.3.2.	<i>Aufbau</i>	5
2.	Ausgangslage .....	5
2.1.	Auftrag der Regierungen	5
2.2.	Parlamentarische Vorstösse	6
2.3.	Vertrags- und Gesetzesentwicklung, bzw. -genehmigung	9
2.3.1.	<i>Staatsvertrag</i>	9
2.3.2.	<i>Spitalversorgungsgesetz</i>	9
3.	Staatsvertrag über die Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung .....	9
3.1.	Genereller Kommentar	9
3.2.	Verhältnis zum „Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG“	10
4.	Vernehmlassung Staatsvertrag.....	10
4.1.	Generelle Einschätzung	11
4.2.	Vernehmlassungsantworten entlang der Fragen im Fragebogen	12
4.2.1.	<i>Frage 1: Welche Chancen und Vorteile für das regionale Gesundheitswesen erwarten Sie von einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt (BS) und Basel-Landschaft (BL)?</i>	12
4.2.2.	<i>Frage 2: Sehen Sie im Rahmen der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung auch negative Aspekte für die Beteiligten am regionalen Gesundheitswesen? Falls dies zutrifft, welche?</i>	12
4.2.3.	<i>Frage 3: Bilden Ihrer Meinung nach die im Staatsvertrag geregelten Bestimmungen betreffend eine gemeinsame Gesundheitsversorgung eine ausreichende Grundlage für die Umsetzung der nachstehend aufgezählten übergeordneten Ziele der beiden Regierungen BS und BL?</i>	14
4.2.4.	<i>Frage 4: Begrüssen Sie die nachfolgend ausgewählten Themenbereiche, welche der Staatsvertrag zur gemeinsamen Gesundheitsversorgung regelt?</i>	16
4.2.5.	<i>Frage 5: Haben Sie Anmerkungen oder Änderungsvorschläge zu den einzelnen Bestimmungen des Staatsvertrages?</i>	21
4.2.6.	<i>Frage 6: Haben Sie Ergänzungsvorschläge zum Regelungsgegenstand des Staatsvertrages?</i>	24
4.2.7.	<i>Frage 7: Welche Vorteile und Synergien erwarten Sie längerfristig durch die gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone BS und BL?</i>	26
4.3.	Freie Beantwortung ohne Fragebogen	27
5.	Änderung des Spitalgesetzes (SGS 930) / Neues Spitalversorgungsgesetz.....	28
5.1.	Ausgangslage	28
5.2.	Das Spitalversorgungsgesetz im Überblick	29
5.2.1.	<i>Bewilligung und Aufsicht</i>	29
5.2.2.	<i>Planung und Finanzierung</i>	29
5.2.3.	<i>Geburtshäuser</i>	30
5.3.	Kommentar zu den einzelnen Bestimmungen des Spitalversorgungsgesetzes	30
5.3.1.	<i>Allgemeine Bestimmungen</i>	30
5.3.2.	<i>Bewilligung und Aufsicht</i>	30

5.3.3.	<i>Planung und Finanzierung</i>	32
5.3.4.	<i>Schlussbestimmungen</i>	33
6.	Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens zum Spitalversorgungsgesetz .....	34
6.1.	Vorgehen und Rücklauf	34
6.2.	Generelle Beurteilung der Vorlage	34
6.3.	Anliegen zu einzelnen Paragraphen	35
6.3.1.	<i>Berücksichtigte Anliegen</i>	35
6.3.2.	<i>Nicht Berücksichtigte Anliegen</i>	36
7.	Finanzielle Auswirkungen .....	39
8.	Regulierungsfolgenabschätzung .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
9.	Antrag.....	46
10.	Beilagen .....	46
Anhang 1: Entwurf Landratsbeschluss .....		47
Anhang 2: Liste der Institutionen, die sich zum Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt über die Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung haben vernehmen lassen .....		48

## **1. Zusammenfassung**

### **1.1. Staatsvertrag über die gemeinsame Gesundheitsversorgung**

Diese Landratsvorlage behandelt als erstes Thema ein partnerschaftliches Geschäft der beiden Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt zur Genehmigung eines Staatsvertrags betreffend die Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung.

Ausgehend von den drei übergeordneten Zielen:

- einer optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;
- einer deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie
- einer langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region

bildet die gemeinsame künftige Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der Gesundheitsversorgung die erforderliche verbindliche Grundlage für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Versorgung im kantonsübergreifenden Gesundheitsraum. Dies ermöglicht die Nutzung der Planungssynergien und schafft Voraussetzungen für eine Einflussnahme auf die Kostenentwicklung.

Die Rückmeldungen aus der Vernehmlassung, welche vom 3. Juli bis zum 3. Oktober 2017 dauerte, waren überwiegend positiv. Sowohl die politischen Parteien, als auch die Interessensverbände, die Gemeinden und die zuständigen Kommissionen begrüsst die Regelung der Zusammenarbeit der beiden Kantone im Bereich der Gesundheitsversorgung und insbesondere die Planung des gemeinsamen Gesundheitsraums. Der Staatsvertrag wird mehrheitlich als eine ausreichende Grundlage für die Erreichung der drei übergeordneten Ziele erachtet.

Im Rahmen der Vernehmlassung standen drei Themenbereiche im Fokus und zwar die Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Spitäler, die unterschiedlichen Rollen der Kantone (insb. als Eigner und Regulator) sowie die Koordination der Gesundheitsversorgung im Gesundheitsraum der beiden Basel (inkl. der Versorgung in den Randgebieten).

Die Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wurden ausgewertet und sind in die Vorlage eingeflossen. Die Regierungen der beiden Basel sind überzeugt, mit dem Staatsvertrag eine Grundlage vorzulegen, mit der die nachfolgend definierten Ziele erreicht werden können:

- Planung einer effektiven und effizienten Versorgung im stationären und ambulanten Bereich;
- Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen zur Sicherstellung der notwendigen Qualität;
- Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung;
- medizinisch sinnvolle und effiziente Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Behandlungsmethoden;
- Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern;
- Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sowie für die universitäre Lehre und Forschung;
- Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten im Rettungswesen.

### **1.2. Spitalversorgungsgesetz (SpiVG)**

Das zweite Thema dieser Vorlage bildet das Spitalgesetz des Kantons Basel-Landschaft vom 17. November 2011 (Spitalgesetz, [SGS 930](#)) bzw. dessen Aufteilung in zwei Erlasse.

Das Gesetz enthält bisher einerseits allgemeine Bestimmungen über die Spitalplanung und -versorgung sowie über die Regulation und Aufsicht im Spitalbereich, also den Versorgungsbereich. Andererseits umfasst es die Bestimmungen über die Organisation der öffentlichen Spitäler Kantonsspital Baselland und Psychiatrie Baselland und regelt somit auch den Beteiligungsaspekt.

Im Zusammenhang mit den vorliegenden Staatsverträgen ist nun vorgesehen, das Spitalgesetz in zwei neue Gesetze aufzuteilen. Zum einen ist ein **Spitalbeteiligungsgesetz (SpiBG)** geplant, in welchem die Beteiligungen des Kantons Basel-Landschaft an seinen Spitälern auf- und ausgeführt werden. Dieses ist Gegenstand der separaten Vorlage zur Universitätsspital Nordwest AG.

Gleichzeitig soll ein neues **Spitalversorgungsgesetz (SpiVG)** mit dem Ziel geschaffen werden, eine bedarfsgerechte, wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung zu gewährleisten. Das SpiVG soll die bisherigen Bestimmungen des Spitalgesetzes über die Spitalplanung und -versorgung sowie die Regulation und Aufsicht im Spitalbereich übernehmen sowie vereinzelt Revisionsbedarf in diesem Bereich aufnehmen. Der Entwurf für dieses neue Gesetz wird dem Landrat mit der hier präsentierten Vorlage unterbreitet; der Gesetzestext und die synoptische Darstellung liegen bei.

### **1.3. Struktur der Vorlage**

#### *1.3.1. Zweck*

Diese Vorlage hat die Genehmigung des Staatsvertrags zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt über die Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung sowie den Erlass eines Spitalversorgungsgesetzes (SpiVG) zum Ziel. Ersterer ist ein partnerschaftliches Geschäft der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt.

#### *1.3.2. Aufbau*

Die Vorlage ist wie folgt aufgebaut:

- Landratsvorlage, inkl. Adressierung zugrunde liegender parlamentarischer Vorstösse;
- Anhänge (Entwurf des Landratsbeschlusses; Liste der Vernehmlassungsteilnehmenden);
- Beilagen:
  - 1) Gemeinsamer Bericht zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung sowie Anhang zur Beilage 1: Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018;
  - 2) Entwurf des neuen Spitalversorgungsgesetzes (SpiVG) vom 6. Februar 2018;
  - 3) Entwurf synoptische Darstellung des neuen Spitalversorgungsgesetzes (SpiVG), vom 6. Februar 2018.

## **2. Ausgangslage**

### **2.1. Auftrag der Regierungen**

Mit Fokus auf die drei bereits im Juni 2015 formulierten, übergeordneten Ziele

1. einer optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung
2. einer Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie

### 3. einer langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region

haben die Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt an ihrer gemeinsamen Sitzung vom 13.09.2016 entschieden, dass sie ihre Spitalplanung künftig aufeinander abstimmen wollen. Diese Absicht reflektiert die Analysen zu den Patientenströmen in unserer Region<sup>1</sup>, welche aufzeigen, dass sich Patientinnen und Patienten zu einem überwiegenden Teil innerhalb des Gesundheitsraums „Jura-Nordbogen“<sup>2</sup> bewegen und dass die jeweiligen Kantonsgrenzen bei der Wahl der Leistungsanbieter keine Rolle zu spielen scheinen. Dies gilt insbesondere für die Bewegungen von Patientinnen und Patienten innerhalb der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Deshalb ist ein einheitliches Vorgehen angezeigt. Regulatorische Alleingänge der Kantone wären zum Scheitern verurteilt, da die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und auch die Patientinnen und Patienten jeweils ohne weiteres in den anderen Kanton ausweichen könnten.

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft, respektive das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt wurden deshalb von den Regierungen beauftragt, bis Mitte 2017 einen Vernehmlassungsentwurf für eine interkantonale Vereinbarung (Staatsvertrag) mitsamt allenfalls notwendigen Anpassungen der jeweiligen kantonalen Erlasse auszuarbeiten, welche den Grundstein für ein gemeinsames Vorgehen bei der Gesundheitsversorgungsplanung und Regulation bilden. Dies mit den folgenden Zielen:

- Planung einer effektiven und effizienten Versorgung im stationären und ambulanten Bereich;
- Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen zur Sicherstellung der notwendigen Qualität;
- Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung;
- medizinisch sinnvolle und effiziente Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Behandlungsmethoden;
- Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern;
- Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sowie für die universitäre Lehre und Forschung;
- Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten im Rettungswesen.

Als Massnahmen zur Erreichung der Ziele sollen ein Staatsvertrag und allenfalls weitere gesetzliche Bestimmungen die Regeln und Mechanismen festhalten, nach denen der Kanton Basel-Landschaft gemeinsam mit dem Kanton Basel-Stadt die Spitalversorgung zu steuern gedenkt und einen Verweis auf Kriterien beinhalten, welche die Basis bilden für den transparenten Umgang mit Gesuchen zur Aufnahme auf die Spitalliste beziehungsweise die Vergabe von Leistungsaufträgen<sup>3</sup>.

**Für vertieftere Betrachtungen: siehe Beilage 1**

## 2.2. Parlamentarische Vorstösse

Mit den in dieser Vorlage beschriebenen, verbindlichen Abläufen betreffend die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung werden folgende parlamentarische Vorstösse adressiert:

<sup>1</sup> Siehe [Bericht vom September 2016](#) zur Ebene Versorgung, Regulation und Aufsicht im Projekt über die vertiefte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

<sup>2</sup> Geographisch definiert durch die Gebiete der beiden Basel, des Kantons Solothurn nördlich des Juras (Bezirke Dorneck und Thierstein) und des Kantons Aargau (von Kaiseraugst bis Laufenburg)

<sup>3</sup> Die Aufnahme auf die Spitalliste und damit die Vergabe eines Leistungsauftrages sind zwingende Voraussetzungen dafür, dass ein Spital seine Leistungen gemäss den Vorgaben des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) an den Kanton verrechnen kann.

1. [Postulat 11-337](#) von Klaus Kirchmayr, Grüne Fraktion: Kantonale Strategie zur Spitalfinanzierung; überwiesen am 29. November 2012

*Postulatstext: Ab dem 1.1.2012 tritt das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft, welches die Finanzierung der Spitäler neu regelt. Für den Kanton Baselland bedeutet dies Mehrkosten von ca. 90 Millionen Franken pro Jahr im Vergleich zum Jahr 2011! Im Vergleich zur heutigen Situation ändern sich nicht nur die Kosten, sondern auch die Rolle und die Einflussmöglichkeiten des Kantons komplett. Diese veränderten Einflussmöglichkeiten haben zudem neue und grosse Auswirkungen auf die Kantonsfinanzen. Generell verliert der Kanton Einfluss auf die Details bei den Spitälern und kann nur noch über wenige "Stellschrauben" finanziell Einfluss nehmen. Mit dem neuen System, bei dem die Krankenkassen und die Spitäler als mächtige Mitspieler starke Eigeninteressen haben, droht der Kanton unter die Räder zu geraten und riskiert grosse Zusatzbelastungen. Angesichts dieses veränderten Umfeldes soll eine Strategie entwickelt werden, wie mit den zur Verfügung stehenden Stellschrauben bei der Spitalfinanzierung umzugehen ist. Der Kanton wird so zum berechenbaren Partner bei der Spitalfinanzierung und kann seine neue Rolle klar definiert spielen.*

*Die Regierung wird gebeten, eine Strategie zu entwickeln, um die Spitalkosten unter veränderten politischen Rahmenbedingungen berechenbar und finanzierbar zu halten. Die Strategie zeigt differenziert auf, welche Einflussfaktoren von Seiten des Kantons genutzt werden, um die Finanzierung der Spitäler zu beeinflussen und zu gewährleisten.*

Stellungnahme des Regierungsrates: Mit dieser Vorlage präsentiert der Regierungsrat eine vertiefte Analyse der Gesundheitsversorgungssituation in unserer Region seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahre 2012.

**Für vertiefere Betrachtungen: siehe Beilage 1**

Unter den präsentierten Vorzeichen bietet sich ein gemeinsames Vorgehen insbesondere der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt an, um Einfluss auf die Gesundheitsversorgungsplanung und die finanziellen Entwicklungen im Gesundheitswesen zu nehmen. Die Spitalkosten bilden dabei eine zentrale, aber nicht die einzige Rolle. Deshalb verfolgt der Regierungsrat die Strategie, gemeinsam mit dem Kanton Basel-Stadt sowohl den stationären, als auch den ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung zu planen und zu regulieren. Übergeordnetes Ziel ist eine Dämpfung des Kostenanstiegs insbesondere im Spitalbereich. Die im beiliegenden Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt aufgeführten Massnahmen beschreiben, wie dieses Ziel erreicht werden soll.

**Für vertiefere Betrachtungen: siehe Beilage 1 sowie Anhang zu Beilage 1**

Zusammengenommen werden die Forderungen des Postulats umfassend aufgenommen und erfüllt, weshalb es zur Abschreibung beantragt wird.

2. [Motion 11-131](#) der FDP-Fraktion: Neuer Gesundheitsversorgungsbericht ab 2012 zur Genehmigung durch den Landrat; überwiesen am 11. April 2013

*Motionstext: Das Gesundheitswesen ist im Umbruch. Die Spitäler erhalten ab 1. Januar 2012 mit DRG ein ganz neues Finanzierungssystem. Dem Regierungsrat und dem Landrat werden gemäss KVG neue Rollen zugedacht zur Koordination, Überwachung und Steuerung des neu strukturierten Gesundheitsmarktes. Es besteht eine Pflicht der Kantone zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung gemäss einheitlichen Planungskriterien des Bundes sowie zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung. Mit dieser Planung soll die stationäre Behandlung im Spital bzw. im Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton sichergestellt werden. Die Kantone müssen den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten ermitteln und namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen (Art. 58b Abs. 1 KVV). Vor diesem Hintergrund hat die Baselbieter Regierung das kantonale Spitalgesetz einer Revision unterzogen. Die Vernehmlassung zu diesen Änderungen wurde Ende April 2011 abgeschlossen. Gemäss § 3 (neu) Spitalgesetz plant die zuständige Direktion die bedarfsgerechte Spitalversorgung nach den Vorgaben des KVG. Bis anhin wurde das Gesundheitswesen hauptsächlich über Leistungsaufträge und Beiträge an die kantonalen Spitäler gesteuert. Der Landrat war letzte Bewilligungsinstanz für die finanziellen Beiträge und konnte so seine Kontrollfunktion über das Gesundheitswesen ausüben. Nach neuem Recht entfällt diese Möglichkeit der Steuerung durch den Landrat über die Finanzen mit Ausnahme der Genehmigung der Verpflichtungskredite für gemeinwirtschaftliche Leistungen und für besondere Leistungen. Diese beiden Leistungen sind jedoch nur ein marginaler Bereich des Gesundheitswesens und sind somit als Kontrollinstrument ungenügend.*

*Der Regierungsrat wird deshalb aufgefordert, das Spitalgesetz so zu ergänzen, dass dem Landrat alle 4 Jahre eine Gesundheitspolitische Gesamtplanung zur Genehmigung unterbreitet wird. In diesem Bericht hat der Regierungsrat dem Parlament die koordinierte Gesamtplanung (stationäre Akutversorgung, Psychiatrie, Rehabilitation) sowie die strategischen Zielsetzungen und Massnahmen bezüglich Spitalliste, Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen und Qualität zur Genehmigung zu unterbreiten. Die Ergebnisse der periodischen Überprüfung der Planung (gemäss Art. 58a KVV) sind dem Landrat alle 4 Jahre zusammen mit der angepassten Gesundheitspolitischen Gesamtplanung zur Kenntnis zu bringen.*

Stellungnahme des Regierungsrates: Im beiliegenden Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt wird die Erstellung eines periodischen (alle 4 Jahre) Gesundheitsversorgungsberichts explizit beschrieben und gesetzlich verankert.

**Für vertieftere Betrachtungen: siehe Beilage 1 sowie Anhang zu Beilage 1**

Dieser der Öffentlichkeit vorgelegte Bericht bildet die Grundlage für die ebenfalls im Staatsvertrag verbindlich festgelegte, koordinierte Gesamtplanung u.a. in den Bereichen stationäre Akutversorgung, Psychiatrie sowie Rehabilitation und die strategischen Zielsetzungen und Massnahmen bezüglich Spitalliste, Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen und Qualität. Die zentralen Anliegen der Motion werden dadurch erfüllt, weshalb sie zur Abschreibung beantragt wird.

## **2.3. Vertrags- und Gesetzesentwicklung, bzw. -genehmigung**

### *2.3.1. Staatsvertrag*

Der Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt über die Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung wurde durch eine gemeinsame Projektgruppe der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft und des Gesundheitsdepartementes Basel-Stadt ausgearbeitet und dem Projektausschuss, u.a. bestehend aus den zuständigen Direktions-, bzw. Departementsvorstehern, periodisch zur Kenntnis gebracht. Die Entwicklung des Vertragstextes wurde sowohl durch den Regierungsrat der Vereinbarungskantone begleitet, als auch in gemeinsamen Sitzungen der durch Vertreter der Finanzkommission ergänzten Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission des Landrates Baselland und der Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates Basel-Stadt erörtert.

Der Regierungsrat vertritt den Kanton nach innen und aussen. Demzufolge hat er die neue Vereinbarung mit dem Kanton Basel-Stadt abgeschlossen und sie als Zeichen des Abschlusses unterzeichnet.

Der Staatsvertrag unterliegt gemäss § 64 der Verfassung des Kantons Basel-Landschaft (KV; [SGS 100](#)) der Genehmigung durch den Landrat. Da es sich um einen gesetzeswesentlichen Staatsvertrag handelt, unterliegt er gemäss § 30 KV der obligatorischen Volksabstimmung, wenn ihn der Landrat mit weniger als vier Fünfteln der anwesenden Mitglieder beschliesst oder durch separaten Beschluss der obligatorischen Volksabstimmung unterstellt. Soweit das obligatorische Referendum nicht zum Tragen kommt, kann der Staatsvertrag auf Begehren von 1'500 Stimmberechtigten mit dem fakultativen Referendum der Volksabstimmung unterbreitet werden (siehe § 31 Abs. 1, Bst c, KV).

### *2.3.2. Spitalversorgungsgesetz*

Zur gesetzlichen Verankerung von Prinzipien, die im Staatsvertrag in grundsätzlicher Natur angesprochen werden, ist eine Änderung des Spitalgesetzes ([SGS 930](#)) erforderlich. Diese Gesetzesänderung wird dem Landrat gemäss § 64, Abs.2, KV mit vorliegender Vorlage gleichzeitig zur Beratung und Genehmigung unterbreitet. Es gelten die oben erwähnten Bestimmungen von §§ 30 und 31, KV.

## **3. Staatsvertrag über die Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung**

### **3.1. Genereller Kommentar**

Der Staatsvertrag beinhaltet zum einen die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung. Er schafft damit die Voraussetzungen für eine wirkungsvollere Einflussnahme auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch die Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie die Unterstützung der Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Im Mittelpunkt der Versorgungsplanung steht der Versorgungsbedarf der Bevölkerung der Vereinbarungskantone. Zentrale Planungsinstrumente sind fortgeführte Patientenstromanalysen im stationären und ambulanten Bereich (inklusive der Psychiatrie, Rehabilitation und der Akutsomatik<sup>4</sup>) sowie die Erarbeitung von Versorgungsplanungsmodellen, mit denen sich die Wirkungen des planerischen Handelns modellieren lassen.

---

<sup>4</sup> Akutsomatik bezeichnet in der Gesundheitspolitik der Schweiz die Versorgung der Bevölkerung mit Spitaldienstleistungen in den Bereichen Medizin, Chirurgie und Gynäkologie. Der Begriff grenzt die „Akutspitäler“ von spitalähnlichen Einrichtungen ab, die z.B. Psychiatrie, Rehabilitation oder Spezialbehandlungen anbieten (siehe: <https://marjorie-wiki.de/wiki/Akutsomatik> )

Für vertiefere Betrachtungen: siehe Beilage 1 sowie Anhang zu Beilage 1

Zum anderen bildet der Staatsvertrag die Basis für die Erarbeitung transparenter Regeln und Instrumente für den Erlass gleichlautender Spitallisten. Planerische und regulatorische Massnahmen werden durch eine Fachkommission begleitet, welche Stellungnahmen zuhanden der Direktions-, bzw. Departementsvorsteher und -vorsteherinnen der Vereinbarungskantone erarbeitet (vgl. Abbildung 1).

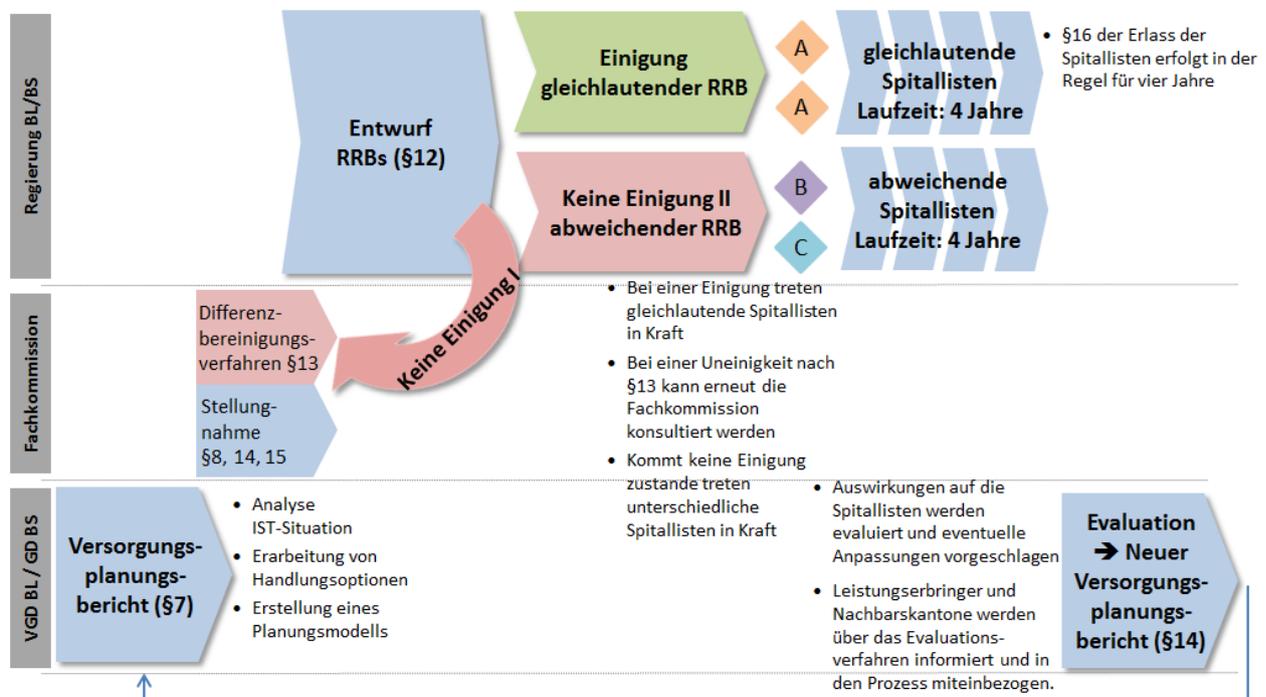


Abbildung 1: Prozess Erarbeitung der Spitallisten

### 3.2. Verhältnis zum „Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG“

Die gemeinsame Versorgungsplanung ist eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen der neuen Universitätsspital Nordwest AG. Sollte der „Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ nicht in Kraft treten, würde dies auch die gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG tangieren. Unterschiedliche oder gar widersprüchliche regulatorische Konzepte in den Standortkantonen der integrierten Spital-Unternehmung würden deren Erfolg gefährden. Entsprechend behalten sich die beiden Regierungen vor, bei Ablehnung des „Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ den Staatsvertrag über die gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG ebenfalls nicht in Kraft zu setzen. Hingegen kann der Staatsvertrag betreffend die „Gesundheitsversorgung“ auch in Kraft treten, falls der Staatsvertrag zur Universitätsspital Nordwest AG abgelehnt wird.

### 4. Vernehmlassung Staatsvertrag

Die Vernehmlassung zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung fand vom 3. Juli bis 3. Oktober 2017 statt. Es wurden insgesamt 139 Adressatinnen und Adressaten eingeladen sowie alle Gemeinden des Kantons Basel-Stadt und des Kantons Basel-Landschaft und alle Mitglieder der Gesundheits- und Sozialkommission des Grosses Rates und der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission des Landrates. Im Anhang 2 der Vorlage findet sich eine Auflistung mit

allen Adressaten, welche sich in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft an der Vernehmlassung beteiligt haben.

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde den Vernehmlassungsadressaten ein Fragebogen mit sieben Fragen zugestellt. Die Auswertung der Vernehmlassungsantworten orientiert sich entlang dieser Fragen.

In diesem Bericht werden alle Vernehmlassungsantworten ausgewertet, welche dem GD BS oder der VGD BL zugestellt wurden.

#### **4.1. Generelle Einschätzung**

Generell wurden die Bestrebungen der beiden Kantone Basel-Stadt (BS) und Basel-Landschaft (BL) nach einer stärkeren Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich von der überwiegenden Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden begrüsst. Obwohl es zu einzelnen Themen teils kritische Stimmen gab, haben lediglich einzelne Vernehmlassungsteilnehmende die Idee einer gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht grundsätzlich abgelehnt.

Die beiden Regierungen werden somit darin bestärkt, dass die übergeordneten Ziele (optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den beiden Kantonen, deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region) auf diese Weise verwirklicht werden können.

Einig sind sich die Vernehmlassungsteilnehmenden darin, dass durch die Schaffung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung die Vermeidung von Über- Unter- oder Fehlversorgung sowie eine Effizienzsteigerung erzielt werden können, was zu einer Dämpfung des Kostenwachstums beiträgt.

Die Frage, ob alle angestrebten Ziele mit der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht erreicht werden können, wird mehrheitlich positiv beurteilt. Schwerpunkte in der Vernehmlassung waren die Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Spitäler, die unterschiedlichen Rollen der Kantone (insb. Eigner und Regulator) sowie die Koordination der Gesundheitsversorgung im Gesundheitsraum der beiden Basel.

## **4.2. Vernehmlassungsantworten entlang der Fragen im Fragebogen**

*4.2.1. Frage 1: Welche Chancen und Vorteile für das regionale Gesundheitswesen erwarten Sie von einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt (BS) und Basel-Landschaft (BL)?*

### **Rückmeldung aus der Vernehmlassung**

- Grossmehrheitliche Zustimmung.
- Die Vernehmlassungsteilnehmenden sehen in einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung für BL und BS viele Chancen und Vorteile für das regionale Gesundheitswesen; insbesondere die Möglichkeit, die Gesundheitspolitik in der Region gesamtheitlich zu betrachten, das Leistungsangebot zu verbessern, Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden und so langfristig die Behandlungsqualität zu steigern, die Gesundheitskosten zu senken und das Prämienwachstum zu dämpfen.
- Begrüsst wird die Möglichkeit einer Koordination von Investitionen sowie der Erhöhung der Konkurrenzfähigkeit gegenüber anderen Zentren wie Zürich, Bern oder Genf.

### **Stellungnahme der Regierungen BS und BL**

Die Regierungen der beiden Vereinbarungskantone nehmen erfreut zur Kenntnis, dass die eingegangenen Stellungnahmen die Schaffung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung für BL und BS grundsätzlich positiv bewerten. Die beiden Regierungen werden somit darin bestärkt, dass die übergeordneten Ziele (optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den beiden Kantonen, deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region) auf diese Weise verwirklicht werden können.

Aus Sicht der beiden Kantone bildet die gemeinsame künftige Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der Gesundheitsversorgung die erforderliche verbindliche Grundlage für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Versorgung im kantonsübergreifenden Gesundheitsraum. Dies ermöglicht die Nutzung der Planungssynergien und schafft durch die Optimierung der Behandlungsabläufe über Kantonsgrenzen hinweg die Voraussetzungen für eine Einflussnahme auf die Kostenentwicklung.

Die Regierungen sind offen, die Versorgungsplanung zusammen mit den zuständigen Gremien weiterer Kantone (z.B. Aargau und Solothurn) auf die gesamte Versorgungsregion Nordwestschweiz auszudehnen.

*4.2.2. Frage 2: Sehen Sie im Rahmen der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung auch negative Aspekte für die Beteiligten am regionalen Gesundheitswesen? Falls dies zutrifft, welche?*

### **Rückmeldung aus der Vernehmlassung**

- Ein Grossteil der Vernehmlassungsteilnehmenden äussert sich sehr positiv und sieht wenig negative Aspekte für die Beteiligten in einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung.
- Kritisch angemerkt wird die Gefahr der Vermischung der Rollen als Eigner und Regulator. Ferner stellen sich für die Vernehmlassungsteilnehmenden zahlreiche Fragen im Zusammenhang mit der Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Anbieter.
- Einzelrückmeldung: Der gemeinsame Gesundheitsversorgungsraum könne nicht unabhängig von der Universitätsspital Nordwest AG beurteilt werden.

## **Stellungnahme der Regierungen BS und BL**

Die Regierungen BS und BL werten die geringe Zahl an negativen Rückmeldungen zu der geplanten gemeinsamen Gesundheitsversorgung als Bekenntnis zum gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraum.

Zur Frage der Rollentrennung Eigner / Regulator halten die Regierungen fest: Die Steuerung von staatlichen Beteiligungen bedingt eine Rollenvielfalt des Staates. Als (Mit-) Eigentümer, Regulator sowie Leistungsbesteller und -finanzierer verfolgt er in der Regel unterschiedliche Interessen (Werterhaltung der kantonalen Beteiligung versus Sicherstellung einer effizienten und effektiven Leistungserfüllung des öffentlichen Auftrags). Aus dieser Konstellation ergeben sich verschiedene Spannungsfelder, auf die eine gute Public Corporate Governance bzw. Steuerung einer staatlichen Beteiligung eingeht und die sie aufzulösen versucht.

Um diesen Spannungsfeldern zu begegnen, hat der Regierungsrat des Kantons BS die Public Corporate Governance-Richtlinien (PCG-Richtlinien, aktuell, dritte überarbeitete Version vom 23. April 2015) erlassen. Inhalt dieser Richtlinien ist folgender: Entscheide, sowohl bezüglich Leistungsbestellung wie Eignerthemen, werden jeweils vom Gesamtregierungsrat oder vom Grossen Rat / Landrat [Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)] getroffen und nicht von den Departementsvorstehenden alleine.

Die Entscheide der Regierung zu Spitallisten und Tarifen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10 sind justiziabel und müssen aufgrund möglicher Rekurse sowohl von Krankenversicherungen wie auch der betroffenen öffentlich-rechtlichen oder privaten Spitäler den Anforderungen/Kriterien des KVG entsprechen.

Gemäss den PCG-Richtlinien sollen in Basel-Stadt mögliche Rollenkonflikte zudem mittels einer klaren Definition der Zielsetzungen in der Eigentümerstrategie entschärft werden. Das Finanzdepartement (FD) wird bei der Formulierung der Eigentümerstrategien durch das GD BS beigezogen.

Das GD BS hat die Vorgaben der Richtlinien bezüglich der organisatorischen Trennung der Rollen innerhalb des Departements umgesetzt und stellt die Abgrenzung zwischen der Eigner- und Regulatorrolle sicher, in dem die Eignerrolle der Stabstelle Gesundheitsbeteiligungen und Finanzen übertragen wurde, die Regulator- sowie Leistungsbesteller- und -finanzierrolle dem Bereich Gesundheitsversorgung.

Im Kanton Basel-Landschaft gilt analog das Gesetz über die Beteiligungen (Public Corporate Governance, PCGG, SGS 314) als Basis zur Regelung der Beteiligungen des Kantons.

Die VGD BL hat die Vorgaben des Gesetzes bezüglich der organisatorischen Trennung der Rollen innerhalb der Direktion umgesetzt und stellt die Abgrenzung sicher, in dem die Eignerrolle der Abteilung Beteiligungsmanagement und Controlling im Generalsekretariat übertragen wurde, die Regulator- sowie Planer- und Finanzierrolle hingegen dem Amt für Gesundheit. Die geschilderten Massnahmen zeigen auf, dass genügend Mechanismen vorhanden sind, um die Abgrenzung der „beiden Rollen“ und somit auch die Unabhängigkeit und Neutralität der von den Eignern sowie den Regulatoren getroffenen Massnahmen zu gewährleisten.

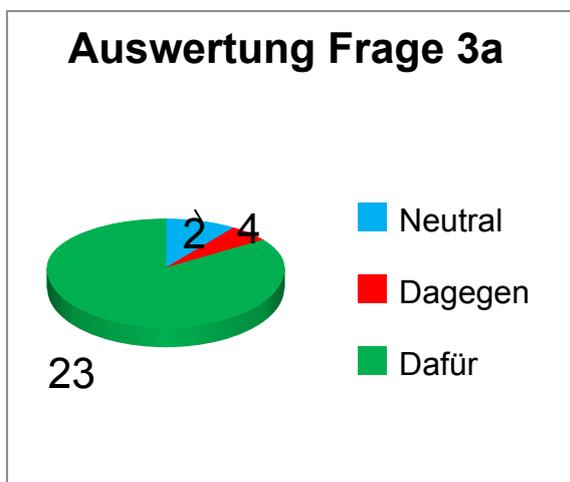
Zur Förderung der Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Spitalern halten die Regierungen fest: Durch die Etablierung von einheitlichen Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen auf der Grundlage von Empfehlungen einer unabhängigen Fachkommission soll die Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privat-

rechtlichen Leistungserbringern sichergestellt werden. Geplant ist auch, dass die Kantone BS und BL sich im Rahmen der kantonalen Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsverfahren neu jeweils gegenseitig konsultieren.

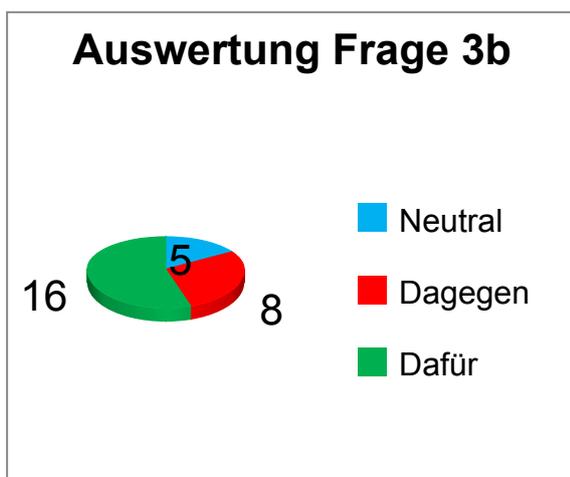
*4.2.3. Frage 3: Bilden Ihrer Meinung nach die im Staatsvertrag geregelten Bestimmungen betreffend eine gemeinsame Gesundheitsversorgung eine ausreichende Grundlage für die Umsetzung der nachstehend aufgezählten übergeordneten Ziele der beiden Regierungen BS und BL?*

- a. eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone
- b. eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich
- c. eine langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region

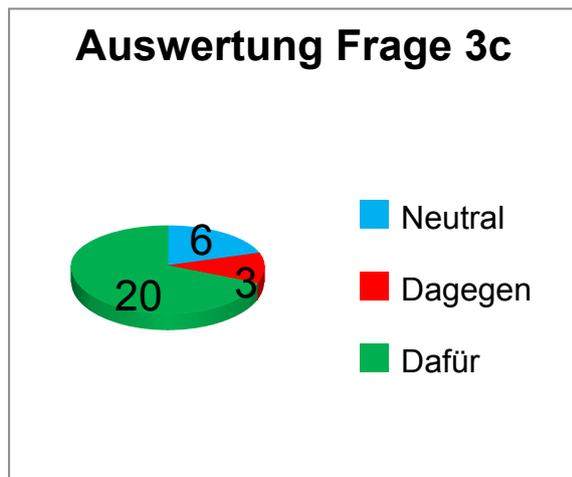
**Grafik 1: Frage 3a, Staatsvertrag als ausreichende Grundlage für optimierte Gesundheitsversorgung?**



**Grafik 2: Frage 3b, Staatsvertrag als ausreichende Grundlage für die Dämpfung des Kostenwachstums?**



**Grafik 3: Frage 3c, Staatsvertrag als ausreichende Grundlage für die Sicherung der Hochschulmedizin?**



### Rückmeldung aus der Vernehmlassung

- Grossmehrheitliche Zustimmung.
- Die Vernehmlassungsteilnehmenden sehen im Staatsvertrag eine ausreichende Grundlage für eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beider Kantone. Vereinzelt wird gefordert, dass für eine optimierte Gesundheitsversorgung die Kantone Solothurn und Aargau miteinbezogen werden müssten.
- Ein Grossteil der Vernehmlassungsteilnehmenden äussert sich ebenfalls positiv zur Frage, ob der Staatsvertrag eine ausreichende Grundlage zur Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich darstelle. Eine Dämpfung sei über eine konsequente Anwendung der Steuerungsinstrumente zu erreichen und der Aufbau von nicht bedarfsgerechten Angebotsstrukturen müsse verhindert sowie die bestehenden Kapazitäten laufend auf ihre Notwendigkeit hin kritisch überprüfen werden.
- Vereinzelt wird die Forderung nach Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen sowie einer Trennung der Eigner- und Regulatorenrolle des Kantons laut. Diverse Umfrageteilnehmende betonen, dass eine Optimierung der Gesundheitsversorgung niemals als Abbau des Service Public oder Stellenabbau ausgelegt werden dürfe.
- Einzelrückmeldung: Befürchtung, dass sich der Ausbau des ambulanten Bereichs unter aktuellem Bundesrecht negativ auf die Prämien auswirken werde, Kostenumlagerungen statt Einsparungen seien zu befürchten. Die Kosten für die Kantone werden vorderhand zwar gesenkt, steigen aber für die Bevölkerung durch die Prämienhöhung und anschliessend für die Kantone durch Prämienverbilligungen.
- Die Vernehmlassungsteilnehmenden stehen der langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin und dem Staatsvertrag als ausreichende Grundlage positiv gegenüber, sofern Kooperationen über die Universitätsspital Nordwest AG hinaus geschlossen werden könnten und mehr Sicherheit in Zusammenhang mit der übrigen Universität geschaffen werden könne.

### Stellungnahme der Regierungen BS und BL

Die Regierungen nehmen erfreut zur Kenntnis, dass die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden der Meinung ist, dass die gemeinsame Gesundheitsversorgung zur Erreichung der drei übergeordneten Ziele beitrage.

Die Regierungen streben eine gemeinsame Versorgungsplanung in der gesamten Nordwestschweiz an und sind offen, das vorgelegte Planungskonzept zusammen mit den zuständigen Gre-

mien weiterer Kantone (z.B. Aargau und Solothurn) auf die gesamte Versorgungsregion der Nordwestschweiz auszudehnen.

Zur Forderung der Gleichbehandlung von öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Spitälern, wie auch nach Trennung von Eigner- und Regulatorrolle des Kantons verweisen die Regierungen auf ihre Stellungnahme zu Frage 2 und bekräftigen, dass sie diesen Spannungsfeldern durch konsequente Anwendung der Public Corporate Governance-Richtlinien begegnen, um so die Abgrenzung zwischen der Eigner- und Regulatorrolle sicherzustellen.

Des Weiteren kann mit einer sinnvollen und mit Bedacht ausgeführten Regulation auch ein Wettbewerbselement (z.B. Vergabe von Leistungsaufträgen nach objektiven und transparenten Kriterien) eingesetzt werden. Dies sollte zu vermehrter Effizienz und Effektivität der erbrachten Leistungen beziehungsweise des gesamten gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraums führen. Durch die objektivierte und transparente Vergabe von Leistungsaufträgen wird der Forderung nach Gleichbehandlung für alle Spitäler, die diese Vorgaben erfüllen, Nachdruck verliehen. Ebenfalls wird auf diese Weise zumindest eine teilweise Entflechtung der Rollenkonflikte der Kantone erreicht. Um den Grundsatz der Gleichbehandlung zwischen öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Spitälern zu wahren, sind zudem beide in den Planungsprozess einzubinden.

Die Regierungen stimmen den Vernehmlassungsteilnehmenden zu, dass eine Optimierung der Gesundheitsversorgung niemals als Abbau des Service Public verstanden werden darf. Vielmehr sind die Regierungen überzeugt, dass durch eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beider Kantone der Service Public sichergestellt und gestärkt werden kann.

Aus Sicht der beiden Kantone bildet die gemeinsame künftige Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der gemeinsamen Gesundheitsversorgung eine geeignete Basis für eine Einflussnahme auf die Kostenentwicklung. Zur Umsetzung dieses Ziels werden diverse Massnahmen und Instrumente eingeführt, wie die Erarbeitung einer gemeinsamen Versorgungsplanung mit Planungs- und Wirkungsmodell auf einer gemeinsamen Datenbasis, gemeinsam definierte, einheitliche und transparente Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen und die Aufnahme auf die Spitallisten sowie die Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung von GWL. Auch werden fortlaufend weitere Massnahmen und Instrumente berücksichtigt beziehungsweise geprüft.

Den Befürchtungen, dass sich der Ausbau des ambulanten Bereichs unter aktuellem Bundesrecht negativ auf die Prämien auswirken werde und eine Kostenumlagerung statt Einsparungen erfolgen würde, kann entgegnet werden, dass entsprechende Massnahmen nur anhand sorgfältiger Analyse, etwa mittels eines Planungs- und Wirkungsmodells ergriffen werden. Ziel von staatlichen Eingriffen muss immer die Optimierung des Gesamtsystems sein.

Die mehrheitlich positiven Stellungnahmen der Vernehmlassungsteilnehmenden in Bezug auf die langfristige Sicherung der Hochschulmedizin bestärkt die Regierungen im Bestreben, den Life Sciences-Standort in der Region zu fördern und zu stärken und die dazu notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Dies in enger Kooperation mit der Universität, der Medizinischen Fakultät und den Spitälern.

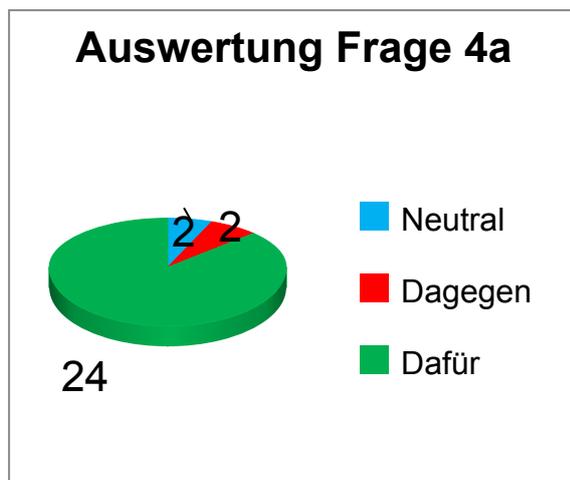
**4.2.4. Frage 4: Begrüssen Sie die nachfolgend ausgewählten Themenbereiche, welche der Staatsvertrag zur gemeinsamen Gesundheitsversorgung regelt?**

- a. Die Koordination der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht und deren Umsetzung (z. B. gemeinsame Bedarfsanalyse, verbindliche und transparente Kriterien für Regulierungs-

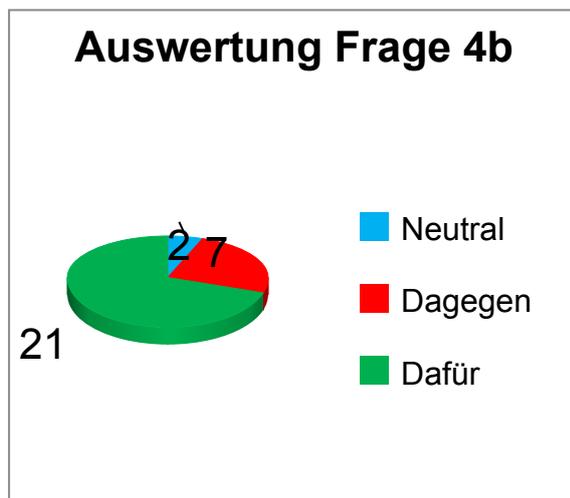
massnahmen, die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen, gemeinsame Formulierung von Qualitätsstandards) (§ 4).

- b. Mögliche planerische Aktivitäten auf Versorgungsebene werden von den beiden Regierungen evaluiert und, sofern zur Zweckerfüllung des Staatsvertrags erforderlich, gemeinsam umgesetzt. Eine unabhängige Fachkommission mit beratender Funktion wird in die Planung einbezogen (§§ 8ff. und 12 ff.)
- c. Gestützt auf die gemeinsame Versorgungsplanung werden der Erlass gleichlautender Spitalisten sowie die Vergabe von gleichlautenden Leistungsaufträgen durch die beiden Kantone angestrebt. Die Spitalisten sollen alle Leistungserbringer umfassen, welche für die Versorgung der Bevölkerung beider Kantone erforderlich sind (§§ 14ff.).

**Grafik 4: Frage 4a, Begrüssung der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht**



**Grafik 5: Frage 4b, Begrüssung gemeinsame Umsetzung mit Einbezug Fachkommission?**



**Grafik 7: Frage 4c, Begrüssung gleichlautende Spitallisten / Leistungsaufträge**



### **Zu Frage 4a: Begrüssung der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht**

#### **Rückmeldung aus der Vernehmlassung**

Grundsätzlich äussert sich eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden positiv gegenüber diesem im Staatsvertrag abgedeckten Themenbereich.

- Begrüssst werden die Koordination der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht und deren Umsetzung vorbehaltlos.
- Einwände werden hinsichtlich der Gleichbehandlung von öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitälern, Transparenz, Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit bei den Kriterien für die Regulierungsmassnahmen, bei der Vergabe von Leistungsaufträgen sowie bei der Vergabe der GWL angebracht. Ausserdem dürften die Kantone in ihrer Doppelrolle als Eigentümer und Regulator die Universitätsspital Nordwest AG nicht bevorzugen.
- Eine allfällige Zusammenlegung des Bereichs Gesundheitsversorgung BS und des Amts für Gesundheit BL als eigener öffentlich-rechtlicher Träger wird teilweise als sinnvoll erachtet.
- Eine gründliche Bedarfsabklärung unter Einbezug aller wichtigen Akteure und eine konsequente Anwendung der Massnahmen ist eine weitere Forderung.
- Vereinzelt wird befürchtet, die Privatspitäler würden benachteiligt. Diese Ungleichbehandlung wird andererseits auch explizit gefordert.
- Von Ärzteseite wird der Einbezug des ambulanten Bereichs abgelehnt.

#### **Stellungnahme der Regierungen BS und BL**

Die Regierungen sehen sich durch die mehrheitlich positiven Rückmeldungen der Vernehmlassungsteilnehmenden zu diesen Kernfragen der gemeinsamen Gesundheitsversorgung bestärkt, den eingeschlagenen Weg der vertieften Kooperation zwischen BS/BL fortzuführen.

Die Regierungen sind der Überzeugung, dass die vorgesehene Ausgestaltung der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht und deren Umsetzung durch die Kantone die in der Vernehmlassung geäusserten Befürchtungen zu zerstreuen vermag, da die Umsetzung anhand objektiver, transparenter und nachvollziehbarer Kriterien erfolgt und laufend überprüft wird; dies unter anderem auch anhand eines gemeinsamen Planungs- und Wirkungsmodells. Von der Auswertung der

Analyse erwarten die Vereinbarungskantone auch Aussagen zu weiteren Schwerpunkten der Versorgungsplanung wie eHealth, Palliative Care, Integrierte Versorgung, Patientenfreizügigkeit zwischen den Vereinbarungskantonen und die Qualitätssicherung in Spitälern.

Im Vordergrund der Versorgungsplanung steht die Ermittlung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung der Vereinbarungskantone. Der Versorgungsplanungsbericht bildet hier eine Grundlage, insbesondere auch für den Erlass der Spitalisten. Im Bericht sollen die Patientenströme, die stationären Spitalleistungen in der Akutmedizin, der Rehabilitation und der Psychiatrie dargestellt und Bedarfsprognosen erstellt werden. Dabei sollen auch verschiedenste Entwicklungen, welche die Nachfrage beeinflussen, berücksichtigt werden. Darunter fallen z.B. die demografische und die medizinisch-technische Entwicklung, gesetzliche Anpassungen, namentlich im Sozialversicherungsrecht des Bundes, oder veränderte ökonomische Rahmenbedingungen.

Die Auswertung und Analyse des so ermittelten Bedarfs bilden nebst der Grundlage zum Erlass der gleichlautenden Spitalisten der Vereinbarungskantone auch die Basis für die Koordination der GWL und der Weiterbildungsverpflichtung im Bereich der universitären Lehre und Forschung.

Die gemeinsame Regulation und Aufsicht soll alsdann die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und effektive Gesundheitsversorgung für die beiden Kantonsbevölkerungen schaffen. Sie wird anhand objektiver und messbarer Kriterien ausgearbeitet und lässt demgemäss keinen Raum für etwaige Benachteiligung einzelner Player im Gesundheitswesen (zur Gleichbehandlung von öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Spitalen sowie zur Entflechtung Eignerrolle / Regulator vgl. die Ausführungen dieses Berichts zu Frage 2).

Inskünftig sollen für eine Leistungsvergabe in beiden Kantonen gleichlautende, objektive Kriterien für alle Leistungserbringer gelten, wobei der Leistungsvergabe stets eine Bedarfsanalyse zugrunde gelegt wird (vgl. Stellungnahme der Regierungen zu Frage 3b).

Um die übergeordneten Ziele der gemeinsamen Gesundheitsplanung erreichen zu können, ist ein Einbezug des ambulanten Sektors unumgänglich. Dies insbesondere auch, weil aktuell der ambulante Bereich (freipraktizierende Spezialistinnen und Spezialisten und spitalambulante Behandlungen) am meisten zum Kostenwachstum beiträgt. Die regulatorischen Möglichkeiten sind im ambulanten Bereich – und hier vor allem bei den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten – derzeit sehr beschränkt und es bestehen aktuell keine rechtlichen Grundlagen für regulatorische Massnahmen.

## **Zu Frage 4b: Begrüssung gemeinsame Umsetzung mit Einbezug Fachkommission**

### **Rückmeldung aus der Vernehmlassung**

- Auch zu der Fachkommission äussert sich die Mehrheit der Teilnehmenden positiv, jedoch mit einigen Vorbehalten.
- Die Unabhängigkeit der Fachkommission ist zwingend notwendig und muss sichergestellt werden.
- Es wird teilweise befürchtet, dass aufgrund der Berufung und Aktivierung durch die Regierungsräte und der blossen Möglichkeit einer Stellungnahme, die Fachkommission zu einem „zahnlosen Abnickgremium“ verkommt.
- Verschiedentlich wird daher gefordert, die Fachkommission mit einem eigenen Antragsrecht auszustatten sowie die Relevanz der Empfehlungen zu beschreiben.
- Die Forderung nach einer zweiten Fachkommission für die Psychiatrie wird teilweise genannt.

## **Stellungnahme der Regierungen BS und BL**

Mit der Einsetzung der Fachkommission, welche in den Prozess der Versorgungsplanung, der Evaluation und des Erlasses der Spitalisten einbezogen ist, wird bezweckt, dass eine Beurteilung aus Sicht unabhängiger Experten zur Frage der Versorgungsplanung und deren Umsetzung eingebracht wird. Auch können auf diese Weise weitere Aspekte und Gesichtspunkte in den Planungsprozess einfließen, die Akzeptanz der planerischen Massnahmen kann dadurch erhöht und deren Legitimation verstärkt werden.

Die Regierungen legen grossen Wert darauf, dass die Fachkommission unabhängig ihre Auffassung vertreten und auch die Arbeit der Behörden kritisch hinterfragen sowie die entsprechenden Empfehlungen abgeben kann.

Um Bedenken hinsichtlich der zu engen Verbindung der Fachkommission mit dem regionalen Gesundheitswesen zu zerstreuen, haben die Regierungen beschlossen, dass der Kreis der Mitglieder der Fachkommission nicht wie ursprünglich erwogen aus Mitgliedern mit Bezug zum regionalen Gesundheitswesen, sondern vielmehr mit Bezug zum nationalen Gesundheitswesen bestehen soll. Damit erweitert sich auch der Kreis der in Frage kommenden Experten und Expertinnen. Die allenfalls zu enge Verknüpfung mit der Region und direkten Interessen einzelner Akteure wird dadurch relativiert und die Unabhängigkeit der Mitglieder sichergestellt.

Um ein effektives Arbeiten der Fachkommission zu ermöglichen, wird die Anzahl der Mitglieder von neun auf sieben reduziert. Es soll sich dabei um je eine Vertreterin oder einen Vertreter aus den Bereichen Medizin, Recht, Gesundheitsökonomie, Versicherung, Spital, Patientenvertretung (Präsidium) und "International" handeln. Die Regierungen erwarten sich, dass auf diese Weise langwierige Entscheidungsprozesse durch frühzeitigen Einbezug verschiedener Sichtweisen effizienter gestaltet werden können. Ein genaues Profil der erwarteten Arbeitsergebnisse der Fachkommission sowie der dafür gesuchten Mitglieder wird in einem nächsten Schritt erstellt werden.

Durch die geplante breite Zusammensetzung der Fachkommission erachten die Regierungen sowohl Fragestellungen aus den Bereichen Somatik als auch der Psychiatrie innerhalb dieses Gremiums als abgedeckt.

Ein eigenständiges Antragsrecht der Fachkommission ist im Staatsvertrag nicht verankert und soll auch nicht in diesen aufgenommen werden. Vielmehr soll die Fachkommission im Rahmen der Erarbeitung und Verabschiedung der gleichlautenden Spitalisten und beim Erlass weiterer Massnahmen auf Versorgungsebene, welche den Beschlüssen der Regierungen bedürfen, als Soundingboard dienen, welches durch die fachliche Begleitung die beiden Regierungen respektive die zuständige Direktion und das zuständige Departement unterstützt.

## **Zu Frage 4c: Begrüssung gleichlautende Spitallisten / Leistungsaufträge**

### **Rückmeldung aus der Vernehmlassung**

Die gleichlautenden Spitallisten werden von fast allen Teilnehmenden begrüsst.

- Die Gleichberechtigung der öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Anbieter muss garantiert werden.
- Rosinenpickerei muss unterbunden werden.
- Die gleichlautenden Spitallisten dürfen nicht dazu führen, dass die Kantone damit über die Existenz von Privatkliniken entscheiden könnten.
- Die übrigen Teilnehmenden sprechen sich ohne Ausnahme für gleichlautende Spitallisten und Leistungsaufträge aus. Teilweise wird die Notwendigkeit der Regelung auf der Ebene Gesetz/Staatsvertrag in Frage gestellt.

### **Stellungnahme der Regierungen BS und BL**

Die Regierungen nehmen erfreut zur Kenntnis, dass die Vernehmlassungsteilnehmenden praktisch ausnahmslos den Erlass gleichlautender Spitallisten befürworten. Die Regierungen sind der Auffassung, dass die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten und die Vergabe von gleichlautenden Leistungsaufträgen das Ergebnis der gemeinsamen Planung widerspiegeln. Damit der gemeinsame Gesundheitsversorgungsraum zum Erzielen grösstmöglicher Effizienz und damit verbundener Kostendämpfung verwirklicht werden kann, sind gleichlautende Spitallisten sowie die Vergabe gleichlautender Leistungsaufträge unabdingbar. Zu den einzelnen Einwänden der Vernehmlassungsteilnehmenden hinsichtlich der Neutralität der Fachkommission und allfälliger Benachteiligung der Privatspitäler haben sich die Regierungen bereits in ihren Stellungnahmen zu den vorgängigen Fragen geäussert.

#### *4.2.5. Frage 5: Haben Sie Anmerkungen oder Änderungsvorschläge zu den einzelnen Bestimmungen des Staatsvertrages?*

### **Rückmeldung aus der Vernehmlassung**

- Aus § 2 Abs. 2 des Staatsvertrags betreffend die gezielte Nutzung von Planungssynergien sei nicht abschliessend ersichtlich, inwiefern diese Massnahme unter aktuellem Recht die Prämien senken sollen. Es wird teilweise befürchtet, dass aufgrund des Ausbaus des ambulanten Bereichs, die Prämien ansteigen würden.
- In § 9 Abs. 2 betreffend die Fachkommission müssten unbedingt die Geschlechter angemessen vertreten sein. Eine Quotenregelung wird befürwortet. Zudem soll die Fachkommission bei der Bearbeitung von Personendaten dem IDG Basel-Stadt unterstehen (§ 11). Mit Bezug auf § 15 Abs. 6 (Verweis auf § 13 Verfahren bei Uneinigkeit) sei eine gemeinsame Spitalliste zwingend erforderlich.
- Leistungsaufträge sollen pro Standort vergeben werden.
- Keine Finanzierung der Tagesklinik auf dem Bruderholz über GWL.
- Forderung nach einer regionalen Baserate. Vertragsdauer und Kündigungsmodalitäten für beide Staatsverträge sollten gleichermaßen gelten (§ 24). Vorschlag für eine Umformulierung von § 24: *„Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann während der ersten 12 Jahre nicht gekündigt werden. Anschliessend kann er von jedem Kanton unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Jahren auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.“* Auf der anderen Seite gab es Stimmen, die die Kündigungsfrist als zu lange empfinden.

- Forderung nach einem sachgerechten Tarif für den ambulanten Bereich.
- Nicht ausschliesslich Konzentration sondern auch Fokus auf die dezentrale Gesundheitsversorgung.
- Mitsprache von Parlament und Volk ist sicherzustellen (§ 6).
- Konkretisierung der Aufgaben des Schiedsgerichts (§ 20).
- Patient und Patientin muss im Mittelpunkt stehen (§ 4 Abs. 1 lit. a).
- Öffentlich-rechtlichen Spitäler sollen gegebenenfalls bevorzugt werden (§ 4 Abs. 1 lit. e).
- Diverse Hinweise zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen und Umgang mit Informationen in der Fachkommission.
- Forderung nach je einer Fachkommission für die somatischen und für die psychiatrischen Institutionen.
- Gleichbehandlung bei der Finanzierung von tagesklinischen Leistungen in der Psychiatrie. Für den Standort Laufen soll aus staatspolitischen Gründen eine Regelung gefunden werden, die dem Laufentalvertrag entspricht.

### **Stellungnahmen Regierungen BS und BL**

Die gezielte Nutzung von Planungssynergien (§ 2 Abs. 2 des Staatsvertrages) soll für alle in § 3 des Staatsvertrags aufgeführten Themenbereiche (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen und Ausbildungsverpflichtung im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe) erfolgen.

In § 4, Abs. 3 (zweckmässige Steuerung) soll unterstrichen werden, dass bei der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht die eingesetzten Mittel optimal genutzt, sprich eine deutliche Kostendämpfung im ambulanten wie auch im stationären Gesundheitsversorgungsbereich angestrebt werden muss. Daneben soll aber die Relation zwischen eingesetztem Input (Ressourcen) und Output (Ergebnisqualität) stets im Auge behalten werden.

Zu den vorgebrachten Punkten betreffend die Fachkommission kann zusätzlich festgehalten werden, dass bei der Wahl auf eine ausgewogene Zusammensetzung der beiden Geschlechter geachtet wird. Eine explizite Verankerung einer Geschlechterquote im Staatsvertrag erachten die beiden Regierungen als nicht erforderlich. Ebenfalls ist es nicht zielführend für die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation unterschiedliche Fachkommissionen zu initiieren. Dies würde zu schwerfälligeren Abläufen und einer Verkomplizierung des Verfahrens führen und der tendenziell stärker werdenden Integration der Behandlungspfade über verschiedene Disziplinen hinweg entgegenstehen.

§ 5 (gegenseitige Informationspflicht) wurde um folgende Bestimmung ergänzt „Die ausgetauschten Informationen sind soweit als möglich zu anonymisieren“.

Zu den Änderungsvorschlägen bezüglich Spitallisten, Leistungsaufträge und GWL kann Folgendes ausgeführt werden: Der Staatsvertrag hält die Regeln und Mechanismen fest, wie die Kantone auf Basis eines regionalen Versorgungsplanungsberichts die stationäre Spitalversorgung zu steuern gedenken. Dabei sind gleichlautende Spitallisten BS und BL im Hauptfokus, welche auf den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie Qualität basierend eine optimale Versorgung der Bevölkerung gewährleisten sollen. Dazu soll als Basis der gemeinsamen Regulierung ein regelmässig erscheinender Versorgungsplanungsbericht über die ganze Region initiiert und ein Planungs- und Wirkungsmodell erarbeitet werden. Mit diesem Vorgehen soll eine transparente und nachvollziehbare Gesundheitsversorgung in den beiden Kantonen sichergestellt werden.

Die beiden Regierungen halten den Erlass einer formell gemeinsamen Spitalliste derzeit rechtlich nicht für möglich und auch nicht für angezeigt, da ansonsten jeweils beide Regierungen über minimale technische Anpassungen befinden müssten, was den Prozess erheblich erschweren und verzögern würde. Die vorgesehene Variante erlaubt im Vergleich zu einer gemeinsamen Spitalliste eine erhöhte Flexibilität für die Vereinbarungskantone ohne die angestrebte, inhaltliche Übereinstimmung in Frage zu stellen.

Die eingebrachte Forderung, dass die Leistungsaufträge auf einzelne Spitalstandorte bezogen sein müssen, soll nicht detailliert im Staatsvertrag aufgenommen werden. Die beiden Kantone BS und BL waren sich diesbezüglich schon im Vorfeld der Diskussionen einig, dass die Leistungsauftragsvergabe inskünftig standortbezogen zu erfolgen hat. Die Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) legt dieses Vorgehen den Kantonen ebenfalls nahe.

Betreffend eine befürchtete Finanzierung der Tagesklinik TOP auf dem Bruderholz durch GWL kann festgehalten werden, dass seitens der Kantone BS und BL keine solche Absicht besteht.

Wie von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden gefordert, sind die Vereinbarungskantone Vertragsbeitritten von anderen Kantonen und somit der Erweiterung des gemeinsamen Versorgungsraums gegenüber sehr offen. Auf die Kantone wird aktiv zugegangen.

Neu wurde im Rahmen der Auswertung der Vernehmlassung in § 23 (Beitritt und Förderung der Zusammenarbeit) ein Abs. 3 hinzugefügt. Danach fördern die Vereinbarungskantone Kooperationen im trinationalen Gesundheitsraum.

Was die Streitbeilegung betrifft, so steht die gütliche Einigung gemäss § 20 Abs. 1 im Vordergrund. Dennoch mag es zu Fällen kommen, bei denen der Einbezug einer unabhängigen Drittpartei sinnvoll ist. Daher halten die Regierungen am Schiedsgericht fest. Weiter halten es die Regierungen nicht für notwendig, mögliche Streitpunkte, die vom Schiedsgericht zu behandeln sind, aufzuzählen. Eine solche Liste wäre entweder zu lang oder unvollständig.

Der konsensuale Charakter des Staatsvertrags wird in § 13 Abs. 3 sichtbar. Wenn im Rahmen des Differenzbereinigungsverfahrens zwischen dem GD BS und der VGD BL keine Lösung erzielt werden kann (Abs. 2), kann jeder Kanton separate planerische Massnahmen beschliessen, wobei diese dem Sinn und Zweck des Staatsvertrags entsprechen müssen (Abs. 3).

Der Vertrag ist mit einer unbestimmten Laufzeit vereinbart worden. Um eine gewisse Kohärenz und Rechtssicherheit zu garantieren, wurde die Kündigungsfrist auf zwei Jahre per Ende eines Kalenderjahres festgelegt. Eine Mindestlaufzeit des Vertrages von 12 Jahren mit einer Kündigungsfrist von 3 Jahren, oder eine Mindestlaufzeit, die kürzer ist als die vorgesehene, erachten die Regierungen im Bereich der gemeinsamen Gesundheitsversorgung als nicht zweckmässig. Die vorgesehene Mindestlaufzeit und Kündigungsfrist erlauben es, auf die Wandlungsprozesse im sich schnell entwickelnden Gesundheitswesen flexibel zu reagieren.

Die Regierungen der beiden Kantone sind sich der Tarifsituation im ambulanten Bereich bewusst und setzen sich im Rahmen der GDK-Gremien und im Kontakt mit der Bundespolitik für eine sachgerechte und sinnvolle Bundeslösung ein.

Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt der Überlegungen der Kantone. Die Kantone kommen damit ihrem Auftrag gemäss Verfassungen und Gesetzen nach. Eine Erwähnung im Staatsvertrag wäre redundant.

Hinsichtlich der Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Spitäler sieht schon das KVG vor, dass private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs.1 lit. d). Die Regierungen sehen keinen Anlass von diesem gesetzlichen Auftrag abzuweichen. Zudem bietet die Schaffung objektiver Kriterien, etwa für die Vergabe von Leistungsaufträgen, ausreichend Gewähr dafür, dass die Leistungserbringer, welche die entsprechenden Kriterien erfüllen, auch gleich behandelt werden. Dies umso mehr, als gerade auch die Privatspitäler für die Sicherstellung der Grundversorgung unerlässlich sind. Zudem werden sämtliche Leistungserbringer im stationären Bereich vor Erlass der Spitalliste und Vergabe der Leistungsaufträge umfassend angehört.

Die Regierungen halten fest, dass die Planung einer gemeinsamen Gesundheitsregion die psychiatrischen Tageskliniken einschliesst. Es wird eine Vereinheitlichung der Finanzierung angestrebt. Gleichzeitig beschäftigt sich auf der Ebene der GDK eine Arbeitsgruppe mit dieser Thematik. Ziel der Arbeiten ist ein schweizweit einheitlicher Rahmenvertrag, der psychiatrische Tageskliniken inhaltlich definiert und Qualitätsrichtlinien vorgibt. In einem weiteren Schritt wird eine einheitliche Finanzierung angestrebt. Die Vorgaben haben Empfehlungscharakter und werden im Verlauf des Jahres 2018 den Kantonen in die Vernehmlassung gegeben.

Die diversen vorgeschlagenen redaktionellen Anpassungen wurden nach Möglichkeit umgesetzt.

#### *4.2.6. Frage 6: Haben Sie Ergänzungsvorschläge zum Regelungsgegenstand des Staatsvertrages?*

#### **Rückmeldung aus der Vernehmlassung**

Die Ergänzungsvorschläge sind sehr unterschiedlich und werden im Folgenden kurz aufgeführt.

- Forderung eines Gesundheitsraums Nordwestschweiz inklusive der Kantone Aargau und Solothurn.
- Die Kantone sollen sich mittel- bis langfristig von der Versorgungsplanung lösen und sich lediglich auf die Versorgungssicherheit bei Marktversagen konzentrieren.
- Forderung einer Trennung von der Finanzierung universitärer medizinischer Lehre und Forschung und dem medizinischen Leistungsangebot.
- Forderung nach Gleichbehandlung zwischen allen Anbietern. Interessenkonflikte bei der Rolle der Kantone müssen vermieden werden.
- Forderung nach konkreten Zielwerten zur effizienten Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit, denn nur so lässt sich das Kostenwachstum im Spitalbereich tatsächlich dämpfen.
- Die Weiterbildung zum Fachchiropraktoren ist im Sinne einer Gleichbehandlung ebenfalls zu unterstützen.

#### **Stellungnahme der Regierungen BS und BL**

Die beiden Regierungen unterstützen das Vorbringen bezüglich mittelfristigen Anstrebens eines Gesundheitsraums Nordwestschweiz. Mit dem Projekt "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme" haben die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn im September 2015 ihre Analysen zu den Patientenströmen innerhalb der Versorgungsregion Nordwestschweiz vorgestellt. Die Patientenstromanalyse hat gezeigt, dass sich 95,4% aller Patien-

tinnen und Patienten, die innerhalb der Gebiete der beiden Basel, des Kantons Solothurn nördlich des Juras (Bezirke Dorneck und Thierstein) und des Kantons Aargau (Fricktal) wohnhaft sind, innerhalb dieser Region medizinisch behandeln lassen. Der Gesundheitsraum hat daher für die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik der Kantone BL und BS, auf deren Gebiet die meisten dieser Gesundheitsleitungen angeboten werden, eine zentrale Bedeutung.

Der Staatsvertrag wird gemäss § 1 Abs. 1 (Vertragsparteien) zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft abgeschlossen. Der Beitritt weiterer Kantone, namentlich solcher, die ebenfalls Teil des Gesundheitsversorgungsraums Nordwestschweiz sind, soll jedoch möglich sein und aktiv gefördert werden (§ 23 des Staatsvertrages).

Die Forderung, dass sich die Kantone von der Versorgungsplanung lösen und sich lediglich auf die Versorgungssicherheit bei Marktversagen konzentrieren, lehnen die beiden Regierungen ab. Die Versorgungsplanung ist das zentrale Planungsinstrument für die spitalgebundene Gesundheitsversorgung und somit eines wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Spitalversorgungssystems der beiden Kantone für die kommenden Jahre. Würde die Versorgungsplanung dem freien Wettbewerb weichen müssen, bestünde die Gefahr, dass Überkapazitäten auf- und ausgebaut würden und Investitionen nur in lukrative medizinische Bereiche fliessen würden. Gleichzeitig besteht dadurch auch die Gefahr, dass es bei wenig lukrativen medizinischen Bereichen zu einer Unterversorgung kommt. Damit einhergehend würden die Gesundheitskosten weiter stark ansteigen, was sich schliesslich auch wiederum negativ auf die Höhe der Krankenversicherungsprämien auswirken würde. Ferner beteiligt sich der Kanton BS mit einem Kantonsanteil von 56% und der Kanton BL von 55% an den stationären Spitalleistungen. Aufgrund dieser Tatsachen müssen die Kantone weiterhin über Steuerungsmöglichkeiten verfügen, um sicherstellen zu können, dass nicht unnötige und kostenintensive Mehrfachangebote entstehen, welche aus betriebswirtschaftlicher Sicht der Spitäler dann auch ausgelastet werden müssen.

Eine weitere Forderung ist die Trennung von der Finanzierung universitärer medizinischer Lehre und Forschung und dem medizinischen Leistungsangebot. Hierzu kann festgehalten werden, dass diese Trennung bereits heute gegeben ist: Lehre und Forschung wird gemäss dem gesamtschweizerischen zur Anwendung kommenden integrierten Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung (ITAR\_K) nicht über die Tarife finanziert.

Zur Forderung der Gleichbehandlung von öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Spitäler, wie auch nach Trennung von Eigner- und Regulatorrolle des Kantons verweisen die Regierungen auf ihre Stellungnahme zu Frage 2 und bekräftigen, dass sie diesen Spannungsfeldern durch konsequente Anwendung der Public Corporate Governance-Richtlinien begegnen, um so die Abgrenzung zwischen der Eigner- und Regulatorrolle sicherzustellen.

Zum Anliegen betreffend konkrete Zielwerte zur effizienten Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit kann wie folgt Stellung bezogen werden:

Einen konkreten Zielwert stellen beispielsweise die Mindestfallzahlen dar. Die beiden Kantone wenden bei der Vergabe von Leistungsaufträgen an die stationären Einrichtungen anerkannte Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) an. Hier werden bei einzelnen Leistungsgruppen, auch aus Qualitätssicherungsgründen, Mindestfallzahlen vorgegeben. Weiter haben die beiden Kantone in einer Vereinbarung, welche per 1. April 2016 in Kraft trat, festgehalten, dass das seit mehreren Jahren im Kanton BS etablierte Qualitäts- und Versorgungsmonitoring sukzessive auch im Kanton BL eingeführt werden soll (u. a. nationale Messungen von Infektionen und Mortalität sowie zusätzlich kantonale Messungen im Rahmen vom Projekt COMI (Core Outcome Measures Index)).

Des Weiteren kann auf die Zielwerte, welche die beiden Kantone im Rahmen von Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsverfahren mit dem Benchmarking-Verfahren anwenden, verwiesen werden. So wird sichergestellt, dass es nur Tarife gibt, welche in einem gesamtschweizerischen Benchmarking bestehen können, also wirtschaftlich sind. Daneben planen die beiden Kantone nach Inkrafttreten des Staatsvertrages über die gemeinsame Gesundheitsversorgung, dass eine gemeinsame und für beide Kantone verbindliche Kriterienliste für die Vergabe von medizinischen Leistungsaufträgen und die Aufnahme auf die kantonalen Spitalisten ausgearbeitet werden soll.

Die beiden Kantone planen weiterhin, dass gemäss GDK-Empfehlung lediglich die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten zur Erreichung des eidgenössischen Facharzttitels mittels Finanzierung über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen unterstützt werden soll. Zurzeit läuft immer noch das Beitrittsverfahren zur *Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV)*. Derzeit sind 13 Kantone (Stand: 30. Oktober 2017) der Vereinbarung beigetreten. Damit die WFV Inkrafttreten kann, ist ein Quorum von 18 Beitrittskantonen erforderlich. Der Kanton Basel-Stadt ist im April 2015 der Vereinbarung beigetreten und der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft plant die Vorlage zum Beitritt dem Landrat unmittelbar im Anschluss an die Unterzeichnung des Staatsvertrages zu unterbreiten.

Bei der gesamten Diskussion um die Abgeltung von ärztlichen Weiterbildungsstellen muss berücksichtigt werden, dass zurzeit das Projekt EKOH (Erhebung der Kosten für Lehre und Forschung in der Humanmedizin) läuft, welches die Schweizerische Hochschulkonferenz in Auftrag gegeben hat. Sobald erste Resultate dieses Projektes vorliegen, müssen diese analysiert werden (vergleiche gemeinsamen Bericht zum Staatsvertrag, Kapitel 6.7).

#### *4.2.7. Frage 7: Welche Vorteile und Synergien erwarten Sie längerfristig durch die gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone BS und BL?*

##### **Rückmeldung aus der Vernehmlassung**

- Grossmehrheitliche Zustimmung.
- Die Vernehmlassungsteilnehmenden erhoffen sich durch die gemeinsame Gesundheitsversorgung mittelfristig eine Effizienzsteigerung und Kostensenkung bei gleichzeitiger Steigerung der Qualität sowie eine bessere Koordination des medizinischen Angebots im Gesundheitsraum.
- Einzelne Vernehmlassungsteilnehmende versprechen sich, dass durch eine transparente, trägerunabhängige und wettbewerbsneutrale sowie bedarfsgerechte gemeinsame Gesundheitsplanung eine Planungssicherheit geschaffen werde, welche für eine gedeihliche Unternehmensentwicklung unerlässlich sei.
- Es wird erwartet, dass Doppelspurigkeiten und die Bettendichte abgebaut werden können und vermehrt eine Nachfragesteuerung der Kantone erfolgt. Darüber hinaus solle die regionale Wertschöpfungskette im Bereich klinische Forschung signifikant verstärkt werden.

##### **Stellungnahme der Regierungen BS und BL**

Die Regierungen nehmen erfreut zur Kenntnis, dass die Vernehmlassungsteilnehmenden sich von der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung, die Verwirklichung derselben Ziele versprechen, welche auch die Regierungen mit der gemeinsamen Gesundheitsversorgung verfolgen, nämlich: Effizienzsteigerung und Kostensenkung sowie Steigerung der Qualität und Sicherung der Hochschulmedizin sowie insgesamt eine Stärkung und Konsolidierung der regionalen

Gesundheitsversorgung. Was weitere Forderungen wie etwa den Abbau von Doppelspurigkeiten, die Senkung der Bettendichte oder die optimale Versorgung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen in der Psychiatrie betrifft, gilt es die Entwicklung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung zu beobachten und zu analysieren, um mittelfristig weiterführende Massnahmen zu ergreifen.

### **4.3. Freie Beantwortung ohne Fragebogen**

#### **Rückmeldungen aus der Vernehmlassung**

- Grossmehrheitliche Zustimmung zu Zielsetzungen des Staatsvertrags.
- Die geplante gemeinsame Gesundheitsversorgung trage essentiell zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung bei.
- Die vorgesehene gemeinsame Ausgestaltung der Planung, Regulierung und Aufsicht im Bereich der Gesundheitsversorgung ermöglicht die gezielte Nutzung der Planungssynergien und schafft Voraussetzungen für eine Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten sowie der Prämien der OKP.
- Die geplante Zusammenarbeit der beiden Kantone wird als Chance gesehen, die sektorübergreifende Koordination der spitalinternen und ambulanten Gesundheitsversorgung zu optimieren und dem Ziel einer integrierten Versorgung näher zu kommen.
- Einzelrückmeldungen:
  - Überkapazitäten, unnötige Konkurrenz und Regulation müssen abgebaut werden.
  - Hohe Transparenz bei GWL nötig.
  - Die gemeinsame Planung der Gesundheitsversorgung soll unbedingt dazu beitragen, die kostentreibende Fragmentierung von Gesundheitsleistungen zu überwinden und sektorübergreifende Versorgungsketten mit effizientem Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung anzuvisieren.
  - Eine gemeinsame Gesundheitsversorgung kann auch für die umliegenden Kantone Vorteile bieten. Eine Koordination der Planung mit den (Nachbar-) Kantonen, wie im Krankenversicherungsgesetz vorgesehen (Art. 39 Abs. 2 KVG), trägt zur Abstimmung der Angebote und zur Vermeidung von Überkapazitäten bei.
  - Private Anbieter sind gleichberechtigt zu berücksichtigen.
  - Auch in Zukunft sollen Wirtschaftlichkeit und Qualität darüber entscheiden, ob ein Spital auf die Spitalliste kommt oder nicht.

## **Stellungnahmen der Regierung BS und BL**

Die Regierungen BS und BL nehmen zustimmend zur Kenntnis, dass die Vernehmlassungsteilnehmenden die von den Regierungen anvisierten Zielsetzungen (optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den beiden Kantonen, deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region) begrüßen und durch die geplante gemeinsame Gesundheitsversorgung auch als realisierbar erachten.

Den weiteren Einwänden und Bedenken der Vernehmlassungsteilnehmenden, wie etwa zu umfassenden Planungs-, Eingriffs- und Regulierungsmöglichkeiten der Kantone, Schnittstellenproblematik (im Besonderen ambulant zu stationär), Aussagen über die Versorgung chronisch kranker Menschen können die Regierungen entgegenhalten, dass die Entwicklung der geplanten gemeinsamen Gesundheitsversorgung laufend beobachtet und analysiert werden wird.

Die beiden Kantone beabsichtigen im Rahmen der Versorgungsplanung ein Planungs- und Wirkungsmodell zu erarbeiten, um auf Modellebene mögliche Optimierungs- und Steuerungsmassnahmen der Kantone für die Gesundheitsversorgung simulieren zu können. Dabei soll die gesamte Breite der Gesundheitsversorgung (ambulant und stationär) analysiert werden, um mögliche Kostendämpfungs- und Optimierungspotenziale ausfindig machen zu können. Stichworte dazu sind die Verlagerung von stationären zu ambulanten Eingriffen, Konzentration von medizinischen Leistungsspektren, Förderung von Kooperationen, Auf- und Ausbau der integrierten Versorgung, Schnittstellenmanagement und Qualitäts- und Versorgungsmonitoring. Auf diese Weise kann die gemeinsame Gesundheitsversorgung laufend aktualisiert und optimiert werden.

## **5. Änderung des Spitalgesetzes (SGS 930) / Neues Spitalversorgungsgesetz**

### **5.1. Ausgangslage**

Das Spitalgesetz des Kantons Basel-Landschaft vom 17. November 2011 (Spitalgesetz, SGS 930) umfasst heute einerseits allgemeine Bestimmungen über die Spitalplanung und -versorgung sowie die Regulation und Aufsicht im Spitalbereich. Andererseits enthält das Gesetz die Bestimmungen über die Organisation der öffentlichen Spitäler Kantonsspital Baselland und Psychiatrie Baselland.

Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Staatsvertrag sowie dem Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG ist vorgesehen, das Spitalgesetz in zwei neue Gesetze aufzuteilen.

Zum einen ist ein Spitalbeteiligungsgesetz geplant, in welchem die Beteiligungen des Kantons Basel-Landschaft an seinen Spitätern auf- und ausgeführt werden. Dieses ist Gegenstand einer separaten Vorlage zur Universitätsspital Nordwest AG.

Zum anderen soll ein neues Spitalversorgungsgesetz mit dem Ziel geschaffen werden, eine bedarfsgerechte, wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung zu gewährleisten. Dieses Gesetz soll die bisherigen Bestimmungen des Spitalgesetzes über die Spitalplanung und -versorgung sowie die Regulation und Aufsicht im Spitalbereich übernehmen sowie vereinzelt Revisionsbedarf in diesem Bereich aufnehmen. Der Entwurf für dieses neue Gesetz wird dem Landrat mit der vorliegenden Vorlage unterbreitet; der Gesetzestext und die synoptische Darstellung liegen bei.

## **5.2. Das Spitalversorgungsgesetz im Überblick**

### *5.2.1. Bewilligung und Aufsicht*

Der Kanton Basel-Landschaft ist einer der letzten Kantone, welcher noch keine Betriebsbewilligung für Spitäler kennt. Bisher war die Aufnahme auf die Spitalliste gleichbedeutend mit der Bewilligung für die Führung eines Spitals an sich. Die Betriebsbewilligung und die Spitalliste erfüllen jedoch unterschiedliche Funktionen, weshalb eine Entflechtung notwendig ist. Bei der Erteilung der Betriebsbewilligung wird die Einhaltung gesundheitspolizeilich relevanter Vorschriften, etwa bezüglich, Infrastruktur, Fachpersonal oder Qualität geprüft. Eine Aufnahme auf die Spitalliste erfolgt in einem zweiten Schritt, wenn das Spital für die Versorgung der Bevölkerung des Kantons einem Bedarf entspricht. Seit der 2012 eingeführten neuen Spitalfinanzierung ist es grundsätzlich auch möglich, ein Spital zu betreiben, welches nicht auf der Spitalliste aufgeführt ist (Spitäler, welche ausschliesslich von den Versicherern sowie den Patientinnen und Patienten finanziert werden). Solche Spitäler benötigen nun ebenfalls eine Betriebsbewilligung, da sie dieselben gesundheitspolizeilichen Anforderungen erfüllen müssen wie die übrigen Spitäler. Zudem enthält die Spitalliste auch ausserkantonale Spitäler. Die Zuständigkeit zur Erteilung der Betriebsbewilligung liegt jedoch immer beim Standortkanton (Territorialitätsprinzip).

Das Spitalversorgungsgesetz regelt in den §§ 3 bis 6 die Voraussetzungen für die Erteilung der Betriebsbewilligung, die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Spitäler sowie die Sachverhalte, welche zu einer Einschränkung oder einem Entzug der Bewilligung führen. Es handelt sich um neue Bestimmungen, welche zum Schutz der Patientinnen und Patienten notwendig sind und welche in praktisch allen anderen Kantonen bereits in dieser oder ähnlicher Form bestehen. Die entsprechende regulatorische Lücke soll nun auch in unserem Kanton (siehe § 19) geschlossen werden. Die Erteilung einer Bewilligung ist gebührenpflichtig. Die Bewilligungspflicht für Spitäler soll innert zwei Jahren umgesetzt werden (siehe Übergangsbestimmung in § 20).

Weiter enthält der Entwurf für das Spitalversorgungsgesetz Vorschriften, welche die Rahmenbedingungen des Betriebs eines Spitals regeln. So soll in § 7 eine Ausbildungsverpflichtung geschaffen werden, um dem Fachkräftemangel in den Berufen des Gesundheitswesens entgegenzuwirken. Das neue Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG, SGS 941, in Kraft seit 1. Januar 2018) enthält eine ähnliche Bestimmung für Pflegeeinrichtungen. Weiter enthält der Gesetzesentwurf Vorschriften über die Führung der Betriebsrechnung (§ 8), die Datenlieferung der Spitäler (§ 9) sowie die Pflicht, den Patientinnen und Patienten eine Ombudsstelle anzubieten (§ 10).

### *5.2.2. Planung und Finanzierung*

Die Bestimmungen über die Spitalplanung wurden praktisch unverändert aus dem bisherigen Spitalgesetz ins neue Spitalversorgungsgesetz überführt. Sie finden sich im Gesetzesentwurf unter den §§ 11 bis 13. Ebenfalls inhaltlich unverändert übernommen wurden die Regelungen über die Finanzierung von stationären Spitalleistungen (§ 14), über die gemeinwirtschaftlichen und besonderen Leistungen (§ 17) sowie über die Leistungsvereinbarungen mit den Spitalern (§ 18).

Mit § 15 des Entwurfs soll eine neue Rechtsgrundlage geschaffen werden, gemäss welcher der Kanton eine Liste von Untersuchungen und Behandlungen erstellen kann, welche in der Regel nur ambulant durchgeführt werden dürfen. Damit soll die ambulante Durchführung von Eingriffen gefördert werden, was in vielen Fällen zu tieferen Kosten führt. Ausnahmen sollen jedoch möglich sein, wenn im Einzelfall eine stationäre Behandlung erforderlich ist.

Im Gesetzesentwurf neu vorgesehen ist zudem eine Regelung über die Mitfinanzierung von ambulanten und intermediären Leistungen der Spitäler durch den Kanton (§ 16). Diese Leistungen werden nach dem KVG zu 100 Prozent von den Krankenversicherern finanziert. Weil die Tarife jedoch zunehmend auch bei wirtschaftlicher Leistungserbringung die Kosten nicht mehr decken beziehungsweise für die Behandlung notwendige Nichtpflichtleistungen angeboten werden, kann eine Mitfinanzierung durch den Kanton notwendig werden, um Angebote zu sichern, welche für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind.

### *5.2.3. Geburtshäuser*

Das KVG stellt die Geburtshäuser in verschiedener Hinsicht den Spitälern gleich, insbesondere hinsichtlich der Planung, Finanzierung und Tarifierung. Das neue Spitalversorgungsgesetz gilt daher - wie bereits das bisherige Spitalgesetz - teilweise auch für Geburtshäuser. In den betreffenden Bestimmungen ist dies jeweils explizit erwähnt.

Die Bestimmungen über die Betriebsbewilligung gelten nicht für Geburtshäuser, da die Bewilligungspflicht für solche Einrichtungen bereits im Gesundheitsgesetz geregelt ist.

## **5.3. Kommentar zu den einzelnen Bestimmungen des Spitalversorgungsgesetzes**

### *5.3.1. Allgemeine Bestimmungen*

#### *§ 1 Zweck*

Die Bestimmung entspricht weitgehend dem bisherigen Zweckartikel des Spitalgesetzes (§ 1). Vom bisherigen Absatz 1 wurde der Buchstabe a weitgehend unverändert übernommen. Ergänzt wurde einzig das Wort „wirksam“, in Anlehnung an das Krankenversicherungsgesetz. Der bisherige Buchstabe b wurde gestrichen, da der Betrieb der Spitäler durch den Kanton nicht mehr in diesem Gesetz geregelt ist. Im Absatz 2 werden neu auch die spitalgebundenen ambulanten und intermediären Leistungen erwähnt, die ebenfalls zur Spitalversorgung gehören. Diese Leistungen sind zunehmend der Regulierung unterworfen und müssen in einigen Fällen durch den Staat mitfinanziert werden. Es erscheint daher sinnvoll, diesen Bereich in diesem Gesetz mit zu berücksichtigen.

#### *§ 2 Massnahmen*

Auch diese Bestimmung wurde weitgehend aus dem bisherigen Spitalgesetz übernommen (§ 2 Abs. 1). Die Buchstaben a und b wurden redaktionell angepasst (dynamische statt statische Verweise). Der bisherige Buchstabe c wurde gestrichen, da der Betrieb der Spitäler durch den Kanton nicht mehr in diesem Gesetz geregelt ist. Der bisherige Buchstabe d wurde gestrichen, da solche Verträge mit der neuen Spitalfinanzierung nach KVG nicht mehr notwendig sind. Stattdessen wurde der neue Buchstabe c aufgenommen, welcher den Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern erwähnt. Der bisherige Buchstabe e wurde unverändert übernommen (neu Buchstabe d).

### *5.3.2. Bewilligung und Aufsicht*

#### *§ 3 Betriebsbewilligung*

Eine Betriebsbewilligung für Spitäler wird neu eingeführt. Basel-Landschaft ist einer der letzten Kantone, der eine solche Bewilligungspflicht nicht kennt. Eine solche ist zwingend, um aufsichtsrechtlich wirksam vorzugehen, wenn gesundheitspolizeilich relevante Mängel festgestellt werden. Neu wird der gesundheitspolizeiliche Teil der Anforderungen im Rahmen der Betriebsbewilligung

geprüft. Die Aufnahme auf die Spitalliste erfolgt dann in einem zweiten Schritt, wenn das Spital der Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung entspricht.

In Absatz 1 wird die Bewilligungspflicht an sich sowie die Zuständigkeit geregelt. In Absatz 2 werden die Voraussetzungen für die Erteilung der der Bewilligung aufgezählt. Diese entsprechen weitgehend Art. 39 Abs. 1 Bst. a - c KVG, welche die betrieblichen Voraussetzungen für die Zulassung eines Spitals zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung regelt. Insofern werden keine neuen Anforderungen an die Spitäler gestellt. Die Betriebsbewilligung wird gemäss Absatz 3 befristet erteilt, damit gewährleistet ist, dass die Bewilligungsvoraussetzungen auch bei längerem Bestehen einer Einrichtung periodisch überprüft werden. Dem Regierungsrat wird in Absatz 4 die Kompetenz eingeräumt, die einzelnen Voraussetzungen in einer Verordnung zu konkretisieren.

#### *§ 4 Einschränkung und Entzug der Betriebsbewilligung*

Diese Bestimmung schafft die Grundlage für aufsichtsrechtliche Massnahmen in Bezug auf die Betriebsbewilligung. Sie gibt der Direktion die Möglichkeit, bei festgestellten Mängeln unverzüglich zu intervenieren. Als letztes Mittel bei schweren Mängeln oder wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind wird die Betriebsbewilligung entzogen.

#### *§ 5 Aufsicht und Inspektion*

In Absatz 1 wird die Zuständigkeit der Direktion für die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Spitäler festgehalten. Absatz 2 schafft die Rechtsgrundlage für die Durchführung von angemeldeten und unangemeldeten Inspektionen. Diese sind zur Wahrnehmung der Aufsicht notwendig. Inspektionen werden in der Regel periodisch durchgeführt und vorgängig angekündigt. Unangekündigte Inspektionen können in Ausnahmefällen notwendig sein, wenn der Verdacht auf schwere Unregelmässigkeiten besteht.

#### *§ 6 Sofortige Vollstreckbarkeit von Verfügungen*

Analog wie in § 84 des Gesundheitsgesetzes soll auch im diesem Gesetz die sofortige Vollstreckbarkeit von Verfügungen gesetzlich verankert werden. Damit wird sichergestellt, dass bei einer unmittelbaren Gefahr für die Gesundheit unverzüglich die notwendigen Massnahmen getroffen werden können und diese nicht durch die Ergreifung von Rechtsmitteln, welche in der Regel von Gesetzes wegen aufschiebende Wirkung haben, verzögert werden können.

#### *§ 7 Ausbildungsverpflichtung*

Mit dieser Bestimmung soll sichergestellt werden, dass genügend Ausbildungsstellen für die verschiedenen Medizinal- und Gesundheitsberufe vorhanden sind. Damit soll dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden. In erster Linie sollen die Ausbildungsstellen durch die Spitäler freiwillig geschaffen werden, soweit solche nicht bereits in genügender Zahl vorhanden sind. Mit dem neuen Gesetz soll aber auch eine Grundlage geschaffen werden, die Spitäler zu verpflichten, Ausbildungsstellen anzubieten, wie dies bereits andere Kantone vorschreiben. Dies nicht zuletzt deshalb, weil bei zunehmendem Kostendruck diejenigen Spitäler, welche über viele Ausbildungsstellen verfügen, auf dem Markt benachteiligt werden könnten. In einer solchen Situation könnte es sinnvoll sein, diejenigen Spitäler, welche zu wenig solche Stellen anbieten, zu Kompensationszahlungen zu verpflichten. Die Einnahmen aus allfälligen Kompensationszahlungen sollen zweckgebunden für die Nachwuchsförderung der Berufe im Gesundheitswesen verwendet oder an die Betriebe ausbezahlt werden müssen, welche mehr als die vorgegebene Zahl der Ausbildungsplätze schaffen.

### *§ 8 Betriebsrechnung*

Das KVG und seine Ausführungsbestimmungen enthalten verschiedene Regelungen über die Betriebsrechnung der Spitäler und Geburtshäuser. Zu nennen ist in erster Linie die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; [SR 832.104](#)). Mit dieser Bestimmung erhält der Regierungsrat die Kompetenz, Ausführungsbestimmungen zu erlassen oder Verbandsrichtlinien für verbindlich zu erklären.

### *§ 9 Datenlieferung und -austausch*

In erster Linie stützt sich der Kanton bei der Erhebung von Daten bei den Leistungserbringern auf die bestehenden Regelungen im Krankenversicherungsgesetz (Art. 23 Statistiken und Art. 59a Daten der Leistungserbringer). Diese Daten werden vom Bund erhoben und den Kantonen zur Verfügung gestellt. Der Kanton muss jedoch auch die Möglichkeit haben, darüber hinaus eigenes, zusätzliches Datenmaterial einfordern zu können, jedoch nur sofern es der Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz dient. Mit Absatz 1 wird die dafür erforderliche gesetzliche Grundlage geschaffen, wobei der Datenaustausch in anonymisierter Form zu erfolgen hat. Mit Absatz 2 wird eine Rechtsgrundlage für den Datenaustausch mit Bund und anderen Kantonen bspw. bei der Spitalplanung und bei der Tarifgenehmigung (Benchmarking) geschaffen. Gemäss Absatz 3 kann der Regierungsrat dazu Ausführungsbestimmungen erlassen.

### *§ 10 Ombuds- und Beschwerdestellen*

In Absatz 1 wird die heute schon bestehende Ombudsstelle der Spitäler als gesetzliche Pflicht verankert. Die Patientinnen und Patienten sollen sich kostenlos an diese wenden können. Absatz 2 wurde unverändert aus dem bisherigen Spitalgesetz übernommen (§ 2 Absatz 2). Gemäss Art. 41a Abs. 3 KVG haben die Kantone für die Einhaltung der Aufnahmepflicht der Spitäler zu sorgen, was hier konkretisiert wird.

## *5.3.3. Planung und Finanzierung*

### *§ 11 Spitalplanung*

Die Bestimmung wurde weitgehend unverändert aus dem bisherigen Spitalgesetz übernommen (§ 3). In Absatz 1 wurde der Verweis geändert, da für die Planung nicht nur das KVG, sondern auch gewisse Verordnungsbestimmungen massgebend sind. Absatz 2 wurde unverändert übernommen. In Absatz 3 wurde ein neuer Buchstabe d (integrierte Versorgung) eingefügt. In Buchstabe e (bisher Buchstabe d) wurde die Koordination auf alle übrigen Kantone (nicht nur die Nachbarkantone) ausgedehnt, da gewisse Leistungen auch in anderen Zentren (bspw. in Bern oder Zürich) angeboten werden könnten.

### *§ 12 Spitalliste*

Diese Bestimmung wurde unverändert aus dem bisherigen Spitalgesetz übernommen (§ 5). Der bisherige § 19 Abs. 4, wonach der Landrat die Spitalliste zur Kenntnis nimmt, wurde nicht ins neue Gesetz übernommen, da dieser inhaltlich bereits durch Absatz 5 abgedeckt ist.

### *§ 13 Anforderungen an die Leistungserbringer*

Diese Bestimmung wurde weitgehend unverändert aus dem bisherigen Spitalgesetz übernommen (§ 5). Neu aufgenommen wurde ein Verweis auf die Betriebsbewilligung, welche eine Voraussetzung für die Aufnahme auf die Spitalliste darstellt (neuer Buchstabe a)

### *§ 14 Abgeltung für stationäre Leistungen*

Diese Bestimmung wurde weitgehend unverändert aus dem bisherigen Spitalgesetz übernommen (§ 6). In Absatz 1 wurde präzisiert, dass hier die Pauschalen für stationäre Leistungen (Art. 49 und 49a KVG) gemeint sind. In Absatz 2 wurde eine redaktionelle Änderung vorgenommen („zuständige Direktion“ statt „Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion“).

### *§ 15 Förderung ambulanter Behandlungen*

Mit dieser Bestimmung wird eine neue Rechtsgrundlage geschaffen, gemäss welcher der Kanton eine Liste von Behandlungen, welche in der Regel nur ambulant durchgeführt werden dürfen, erstellen kann. Der Text der Bestimmung ist mit dem Kanton Basel-Stadt abgestimmt, da ein gemeinsames Vorgehen geplant ist.

### *§ 16 Abgeltung für ambulante und intermediäre Leistungen*

Diese neue Bestimmung regelt die Abgeltung von ambulanten und intermediären Leistungen der Spitäler (bspw. Tageskliniken in der Psychiatrie). Der Kanton kann Beiträge an solche Leistungen gewähren, wenn die Tarife der Krankenversicherer die Kosten bei wirtschaftlicher Leistungserbringung nicht decken oder wenn es sich um notwendige Nichtpflichtleistungen im Zusammenhang mit einer Spitalleistung handelt. Es besteht kein Rechtsanspruch auf solche Beiträge.

### *§ 17 Gemeinwirtschaftliche und besondere Leistungen*

Absatz 1 wurde inhaltlich unverändert aus dem bisherigen Spitalgesetz übernommen (§ 6 Absatz 5). Die Bestimmung wurde lediglich redaktionell geändert, da der Kanton (als Rechtssubjekt) die Beiträge ausrichtet; die Direktion veranlasst lediglich die Zahlung. Die entsprechenden Kredite werden vom Landrat auf Antrag des Regierungsrates beschlossen. Absatz 2 fasst die zwei Bestimmungen im bisherigen Spitalgesetz mit diesem Inhalt (§ 19 Abs. 2 lit. c und d sowie § 20 Abs. 2 lit. c) zusammen. Dass der Regierungsrat dem Landrat einen entsprechenden Antrag stellt, muss nicht speziell erwähnt werden.

### *§ 18 Leistungsvereinbarungen*

Die Bestimmung wurde weitgehend unverändert aus dem bisherigen Spitalgesetz übernommen (§ 7). In Absatz 1 wurde eine redaktionelle Änderung vorgenommen („zuständige Direktion“ statt „Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion“).

## *5.3.4. Schlussbestimmungen*

### *§ 19 Gebühren*

Diese Bestimmung schafft die gesetzliche Grundlage für die Erhebung von Gebühren. Deren Höhe wird der Regierungsrat in einer Verordnung regeln.

### *§ 20 Übergangsbestimmung betreffend Betriebsbewilligung*

Bisher war keine Betriebsbewilligung für Spitäler erforderlich (siehe Kommentar zu § 3). Den Spitälern wird eine Übergangsfrist von zwei Jahren gewährt, um eine solche einzuholen.

## **6. Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens zum Spitalversorgungsgesetz**

### **6.1. Vorgehen und Rücklauf**

Am 3. Juli 2017 wurden die interessierten Kreise zur Vernehmlassung zum neuen Spitalversorgungsgesetz (SpiVG) eingeladen. Die Vernehmlassungsfrist endete am 3. Oktober 2017. Bei der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion sind 20 konkrete Stellungnahmen eingegangen. Davon stammen 7 von politischen Parteien, 6 von einzelnen Gemeinden beziehungsweise gemeinsamen Stellungnahmen mehrerer Gemeinden (Region Leimental Plus), 5 von Leistungserbringern oder ihren Verbänden sowie je eine vom Rechtsdienst von Regierungsrat und Landrat und von der Aufsichtsstelle Datenschutz.

### **6.2. Generelle Beurteilung der Vorlage**

In allen eingegangenen Stellungnahmen wird das SpiVG im Grundsatz begrüsst. In verschiedenen Fällen werden generelle Punkte vorgebracht, auf die in folgenden Kapiteln eingegangen wird.

#### Parteien

*Die SVP, FDP, BDP begrüssen die Gesetzesreform. In einigen Stellungnahmen wird zudem zum Ausdruck gebracht, dass die Einführung einer Bewilligungspflicht für Spitäler, die Auferlegung einer Ausbildungsverpflichtung (SVP, BDP) sowie die Schaffung von Möglichkeiten zur Steuerung des ambulanten Bereichs positiv ins Gewicht fällt (SVP, SP).*

*Die SP steht hinter dem SpiVG, kritisiert aber, dass das Gesetz nicht in allgemein-verständlicher Sprache abgefasst sei. Zur Förderung ambulanter Eingriffe mahnt sie an, dass diese sich letztlich nur über eine intelligente Tarifgestaltung erreichen lässt und erwartet von der Regierung, dass sie Bestrebungen zur behandlungsneutralen Tarifgestaltung auf nationaler Ebene unterstützt. Jede finanzpolitisch motivierte Kostenverlagerung auf die Krankenversicherung sei zu vermeiden.*

*Die CVP hat gegen die Förderung ambulanter Behandlungen nichts einzuwenden, ist aber gegen die Schaffung einer Liste von Eingriffen, die nur ambulant erfolgen dürfen.*

*Für die Grüne Partei (Grüne) ist wichtig, dass auch das Fachwissen des Spitalpersonals in die Überlegungen zu einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung einfließt.*

*Die Grünliberale Partei (GLP) begrüsst die Einführung einer Bewilligungspflicht für Spitäler sowie die Auferlegung einer Ausbildungsverpflichtung, steht aber der Einführung einer Liste von Eingriffen, die nur ambulant erfolgen dürfen, eher kritisch gegenüber.*

#### Gemeinden

*Der VBLG verzichtete auf eine spezifische Stellungnahme und viele Gemeinden haben sich dieser Haltung angeschlossen. Die Region Leimental Plus begrüsst den eingeschlagenen Weg als Schritt zur Realisierung der von den Regierungen BL und BS postulierten Zielen. Die Gemeinden Hersberg, Allschwil, Bennwil, Ettingen und Känerkinden begrüssen die Vorlage ausdrücklich, bzw. schliessen sich der Stellungnahme der Region Leimental Plus an.*

#### Leistungserbringer

*Die Ärztesgesellschaft Baselland (AeGes BL) lehnt die Einführung einer Liste von Eingriffen, die nur ambulant erfolgen dürfen, entschieden ab (Hinweis: die Medizinische Gesellschaft Basel-Stadt sowie die FMH schliessen sich der Haltung der AeGes BL an).*

*Curafutura unterstützt die Bestrebungen, Behandlungen vermehrt in den ambulanten Bereich zu verlegen, mahnt aber an, dass dies zu einem „Prämienschub“ führen könne. Zudem wünscht sich der Verband Transparenz und „gleich lange Spiesse für alle Anbieter“, insbesondere bei der Vergabe von Aufträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Auch soll der Regierungsrat die Bestrebungen zur Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Versorgung (EFAS) unterstützen.*

*Die Psychiatrie Baselland (PBL) begrüsst den Schritt hin zu vermehrter ambulanter Behandlung, mahnt aber die Beseitigung finanzieller Fehlanreize im bestehenden System an (z.B. durch EFAS).*

*Der Physio Swiss Regionalverband beider Basel (PhysioSwiss RbB) befürchtet, dass stationäre Leistungen in Zukunft immer mehr reduziert werden und es zu einer überproportionalen Häufung im ambulanten Sektor kommt.*

*Der Rechtsdienst von Landrat und Regierungsrat (RD) hat grundsätzlich keine Einwände gegen das SpiVG, macht aber, wie auch die Aufsichtsstelle Datenschutz (DS), Anmerkungen zu einzelnen Paragraphen, auf die im folgenden Kapitel eingegangen wird.*

Der Regierungsrat verdankt die grundsätzliche Zustimmung zum SpiVG. Zum Einwand, das Gesetz sei „unverständlich verfasst“, verweist er auf die Erläuterungen zu den einzelnen Paragraphen, die dem Leser vertiefte Informationen liefern können. Die verschiedenen Stellungnahmen in Bezug auf die (Fehlanreize bei der) Finanzierung ambulanter Gesundheitsleistungen nimmt der Regierungsrat ausserhalb der Vorlage zum SpiVG auf. In Bezug auf die grundsätzlichen Einwände gegen die „ambulanten Listen“ hält er an seiner Absicht fest, dass mit dem SpiVG die Grundlage dafür geschaffen werden soll, auch im Kanton Basel-Landschaft solche Listen im gegebenen Fall, d.h. falls die Verlagerungs- und Kostendämpfungsziele mit anderen Mitteln nicht erreicht werden können, zu erlassen. Die Verträglichkeit allfälliger Listen mit medizinischen und sozialen Umständen Betroffener wird in § 15, Abs. 2 ausdrücklich gefordert. Der Regierungsrat teilt die Meinung, dass das Fachwissen verschiedener Akteure (inkl. des Spitalpersonals) in die Gesundheitsversorgungsplanung einfließen muss ebenso, wie die Forderung, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen nach transparenten Kriterien definiert und vergeben werden sollen. Er verweist hierzu auf die Ausführungen in dieser Vorlage, bzw. in den Beilagen dazu.

### **6.3. Anliegen zu einzelnen Paragraphen**

In allen eingegangenen Stellungnahmen wird das SpiVG im Grundsatz begrüsst. In verschiedenen Fällen werden aber spezifische Kommentare zu einzelnen Paragraphen vorgebracht, auf die in folgenden Kapiteln eingegangen wird.

#### *6.3.1. Berücksichtigte Anliegen*

*§ 9: Patientenbezogene Daten müssen anonymisiert vom Spital weitergeleitet werden (GLP); es ist zu gewährleisten, dass die Daten mit Augenmass eingefordert und Bund, Kanton und Versicherern einheitlich und nach gleichem Aufbau geliefert werden (PBL); Abs. 1: es soll eine Norm aufgenommen werden, welche die durchgehende Anonymisierung der Daten gewährleistet (im Sinne von: welche (Personen)- Daten bearbeitet werden sollen, sowie die Pflicht des Leistungserbringers zur Anonymisierung der Personendaten vor Übermittlung an den Kanton) (Datenschutz BL); Abs. 1, Bst c: alternierende Kontrolle durch die beiden Kantone (SP); Abs. 2: trägt den Charakter einer „Blankovollmacht“. Wir regen somit an, die Bestimmung entweder zu konkretisieren oder zu streichen. Im ersteren Fall wäre wiederum die Aufnahme der Pflicht zur Anonymisierung angezeigt (DS)*

Haltung des Regierungsrates: Die verschiedenen Bemerkungen zu § 9 wurden dahingehend aufgenommen, dass der Paragraph um die explizite Verpflichtung zur Daten-Anonymisierung ergänzt wurde. Abs. 2, Bst. c betreffend die „Kodierrevision“ wurde gestrichen, da diese nicht in erster Linie den Kantonen zufällt. Die Grundlage zur Bemerkung, dass die Kontrolle „alternierend“ durchgeführt werden soll, entfällt damit.

### 6.3.2. Nicht Berücksichtigte Anliegen

#### *§ 3: Es wird die Herstellung eines Bezugs zu § 9 gefordert (GLP)*

Haltung des Regierungsrates: § 9 verweist auf „die Aufgaben nach diesem Gesetz“, womit auch die Bestimmungen gemäss § 3 gemeint sind. Ein zusätzlicher Verweis erscheint nicht erforderlich.

#### *§ 3: Es werden klare Kriterien für die Bewilligungserteilung gefordert (PBL)*

Haltung des Regierungsrates: gemäss § 3, Abs. 4 obliegt es dem Regierungsrat, (auf Verordnungsebene) die Einzelheiten im Zusammenhang mit der Betriebsbewilligung zu regeln. Eine weitere Präzisierung auf gesetzesebene ist nicht erforderlich.

#### *§ 4: Es soll festgehalten werden, dass eine Bewilligung auch nachträglich mit Auflagen versehen werden kann (RD)*

Haltung des Regierungsrates: Das Gesetz schliesst bereits in seiner vorliegenden Fassung nicht aus, dass Auflagen sowohl zu Beginn, als auch nachträglich (z.B. bei festgestellten Mängeln) erlassen werden können.

#### *§ 5: Die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Spitäler sollte durch eine unabhängige Fachkommission ausgeübt werden und nicht von der Direktion (PhysioSwiss RbB)*

Haltung des Regierungsrates: Die Aufsicht ist eine hoheitliche Aufgabe des Kantons und kann nicht an externe Stellen delegiert werden.

#### *§ 7 Die Überwachung der Einhaltung der Ausbildungsverpflichtung sollte an Dritte (z.B. die Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler, VNS) übergeben werden können (PBL)*

Haltung des Regierungsrates: Die Überwachung der Einhaltung der Ausbildungsverpflichtung durch Dritte ist nach diesem Gesetz nicht ausgeschlossen. Eine spezifische Erwähnung in § 7 ist nicht nötig.

#### *§ 7: Der Regierungsrat soll die Spitäler verbindlich verpflichten, an einem Aus- und Weiterbildungsprogramm teilzunehmen (SP, GLP)*

Haltung des Regierungsrates: Die Pflicht, Aus- und Weiterbildungsplätze für Berufe im Gesundheitswesen anzubieten, ergibt sich aus Abs. 1.

#### *§ 9 Titel in „Controlling“ ändern (SP)*

Haltung des Regierungsrates: Der Controlling-Begriff ist im Westlichen mit einer „Steuerungsfunktion“ hinterlegt. § 9 legt hingegen die Art des Transfers von Daten fest, die allenfalls zur Steuerung herangezogen werden können. Der Titel erscheint vor diesem Hintergrund korrekt.

#### *§ 9: Festlegung im Gesetz, für welche Aufgaben das Erheben von Daten erlaubt ist (kein Datensammeln auf Vorrat) (AeGes BL)*

Haltung des Regierungsrates: Im § 9 sind die Aufgaben in genereller Art aufgeführt, für welche die Daten zur Verfügung gestellt werden müssen. Eine abschliessende Aufzählung ist nicht zielführend. Der Regierungsrat hat gemäss Abs. 3 die Möglichkeit, ein „Datensammeln auf Vorrat“ zu verhindern. Es gilt das Prinzip der Verhältnismässigkeit.

*§ 9: Aufgrund der speziellen Erwähnung der Geburtshäuser in dieser Bestimmung sowie in § 10 gehen wir davon aus, dass Geburtshäuser nicht als Spitäler im Sinne des Gesetzes gelten. Bestimmungen, die auch für die Geburtshäuser Geltung haben sollen, sollten deshalb in das Gesundheitsgesetz integriert werden (RD)*

Haltung des Regierungsrates: Das KVG stellt die Geburtshäuser in verschiedener Hinsicht den Spitälern gleich, insbesondere hinsichtlich der Planung, Finanzierung und Tarifierung. Das neue Spitalversorgungsgesetz gilt daher - wie bereits das bisherige Spitalgesetz - teilweise auch für Geburtshäuser. In den betreffenden Bestimmungen ist dies jeweils explizit erwähnt. So gelten z.B. die Bestimmungen über die Betriebsbewilligung nicht für Geburtshäuser, da die Bewilligungspflicht für solche Einrichtungen bereits im Gesundheitsgesetz geregelt ist.

*§ 11: Ergänzung zur Verdeutlichung: Bst d. die Förderung der integrierten Versorgung durch alle Leistungserbringer im Versorgungsgebiet (SP); Verbände der Leistungserbringer sollen in die Planung einbezogen werden (GLP); Im Leistungsauftrag ist zu prüfen, ob die Mindestfallzahlen erreicht werden (GLP); Festhalten, dass die Spitalversorgung zusammen mit BS erfolgen muss (RD)*

Haltung des Regierungsrates: Der Regierungsrat verweist in Bezug auf die genannten Forderungen auf den Entwurf des „Staatsvertrags zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“, wo insbesondere die Förderung der integrierten Versorgung, der Einbezug verschiedener Stakeholder in die (bi-) kantonalen Planungsvorhaben, die Definition von Kriterien zur Vergabe von Leistungsaufträgen sowie die Zusammenarbeit über die Kantonsgrenzen hinweg, adressiert werden. Eine zusätzliche Aufnahme dieser Punkte ins Spitalversorgungsgesetz erscheint nicht angezeigt.

*§ 12: Abs. 4: Wird der Leistungsauftrag nicht erfüllt, muss er entzogen werden. Schwere und wiederholte Verstösse darf es nicht geben. Ein Verstoß hat den Entzug der Bewilligung zur Folge (SP)*

Haltung des Regierungsrates: Der vorliegende Text entspricht dem Wortlaut des bisherigen Spitalgesetzes. Es gilt auch hier das Prinzip der Verhältnismässigkeit, weshalb eine „Kann-Formulierung“ angemessen erscheint.

*§ 13: Die Aufnahme wird abhängig gemacht (nicht „kann“) (SP)*

Haltung des Regierungsrates: Die Formulierung in § 13 entspricht dem Wortlaut des bisherigen Spitalgesetzes. Es muss das Verhältnismässigkeitsprinzip eingehalten werden, wonach nicht jede Verletzung von Auflagen zwingend zur Verweigerung der Aufnahme auf die Spitalliste führt, sondern auch das Ergreifen anderer Massnahmen möglich sein muss.

*§ 13: Empfehlung zur Aufnahme eines ersten Absatzes der regelt, welche Voraussetzungen zwingend erfüllt werden müssen, damit ein Spital oder Geburtshaus auf die Spitalliste aufgenommen wird. In einem zweiten Absatz könnte dann bestimmt werden, dass die Aufnahme von weiteren Voraussetzungen abhängig gemacht werden kann (RD)*

Haltung des Regierungsrates: Die Formulierung in § 13 entspricht weitgehend dem Wortlaut des bisherigen Spitalgesetzes; zusätzlich wird lediglich die „Betriebsbewilligung“ aufgeführt.

*§ 15 (generell): Entschiedene Ablehnung (AeGes); Der Zweck, nämlich die Überprüfung stationär erfolgter Behandlungen, sollte ausdrücklich in die Bestimmung aufgenommen werden (Datenschutz); der Paragraph ist (eher) zu streichen (massgeblich müssen primär medizinische Gründe sein; für die Ausarbeitung der "obligatorisch ambulanten Leistungen" wird die Mitarbeit von Fachpersonen (Ärztegesellschaft) gefordert (GLP); kein Sparpotenzial für Prämienzahler, falsche Anreize im heutigen System (CVP, BDP). § 15, Abs. 3: Ausnahmen gemäss Abs. 3 sind entsprechend freizügig zu gewähren. § 15, Abs. 4: Ablehnung in der vorliegenden Form (die Direktion soll lediglich Einsicht in anonymisierte Patientenunterlagen erhalten) (GLP); Streichung des Wortes „umfassend“ (Datenschutz); Aufnahme der Verpflichtung zur Anonymisierung, diese Frage kann nur von einer ärztlichen Fachperson geklärt werden, weshalb nicht die Direktion, sondern z.B. die Kantonsärztin berechtigt werden soll (Datenschutz)*

Haltung des Regierungsrates: Der Paragraph dient dem weitläufig akzeptierten Prinzip, ambulante Gesundheitsleistungen zu fördern, wenn diese im Vergleich zu stationären mit derselben Qualität erbracht werden können und wenn keine medizinischen oder sozialen Gründe gegen eine ambulante Behandlung sprechen. An der Möglichkeit, dieses Prinzip umzusetzen, soll im SpiVG festgehalten werden. Dazu muss gegebenenfalls auch in Patientenunterlagen Einsicht genommen werden können. Dass dies durch entsprechendes Fachpersonal zu erfolgen hat (z.B. durch den Kantonsarzt/die Kantonsärztin) ist selbstverständlich und muss nicht in diesem Gesetz festgehalten werden.

*§ 16: Aufnahme einer Bestimmung, dass der Paragraph auch für psychiatrische Leistungserbringer gilt (PBL); es soll eine entsprechende Präzisierung eingefügt werden, dass der Kanton z.B. auch den Aufwand für Tageskliniken in der Psychiatrie abgilt (PBL)*

Haltung des Regierungsrates: Das SpiVG gilt sowohl für somatische, als auch für psychiatrische Häuser. Gemäss den „Erläuterungen zum Gesetz“ regelt die Bestimmung insbesondere die Abgeltung von ambulanten und intermediären Leistungen der Spitäler (bspw. Tageskliniken in der Psychiatrie).

*§ 16: Aufnahme einer Bestimmung, dass private Anbieter bei der „Abgeltung für ambulante und intermediäre Leistungen“ berücksichtigt werden (AeGes)*

Haltung des Regierungsrates: Das SpiVG regelt ausschliesslich spitalgebundene Leistungen und gilt sowohl für öffentliche-rechtliche Häuser, als auch für Häuser mit privater Trägerschaft, nicht aber für Leistungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte.

*§ 17: Mit Verweis auf den Entwurf des „Staatsvertrags zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ wird eine grössere Transparenz bei Definition und Vergabe gemeinwirtschaftlicher Leistungen gefordert (Curafutura)*

Haltung des Regierungsrates: Sobald der „Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ in Kraft tritt, sind die Regelungen über die (Transparenz bei Definition und Vergabe von) gemeinwirtschaftlichen Leistungen auf bikantonaler Gesetzesebene festgelegt. Eine zusätzliche Regelung im SpiVG erübrigt sich.

*§ 20: Aufnahme einer Bestimmung, dass innerhalb einer gewissen Frist betreffend die Erteilung einer Betriebsbewilligung entschieden wird (PBL)*

Haltung des Regierungsrates: Die Aufnahme eines solchen Passus in die Übergangsbestimmungen ist unüblich.

## 7. Finanzielle Auswirkungen

Die folgende Abbildung gibt zunächst einen generellen Überblick über das heutige Finanzierungssystem der (spital-) ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen:

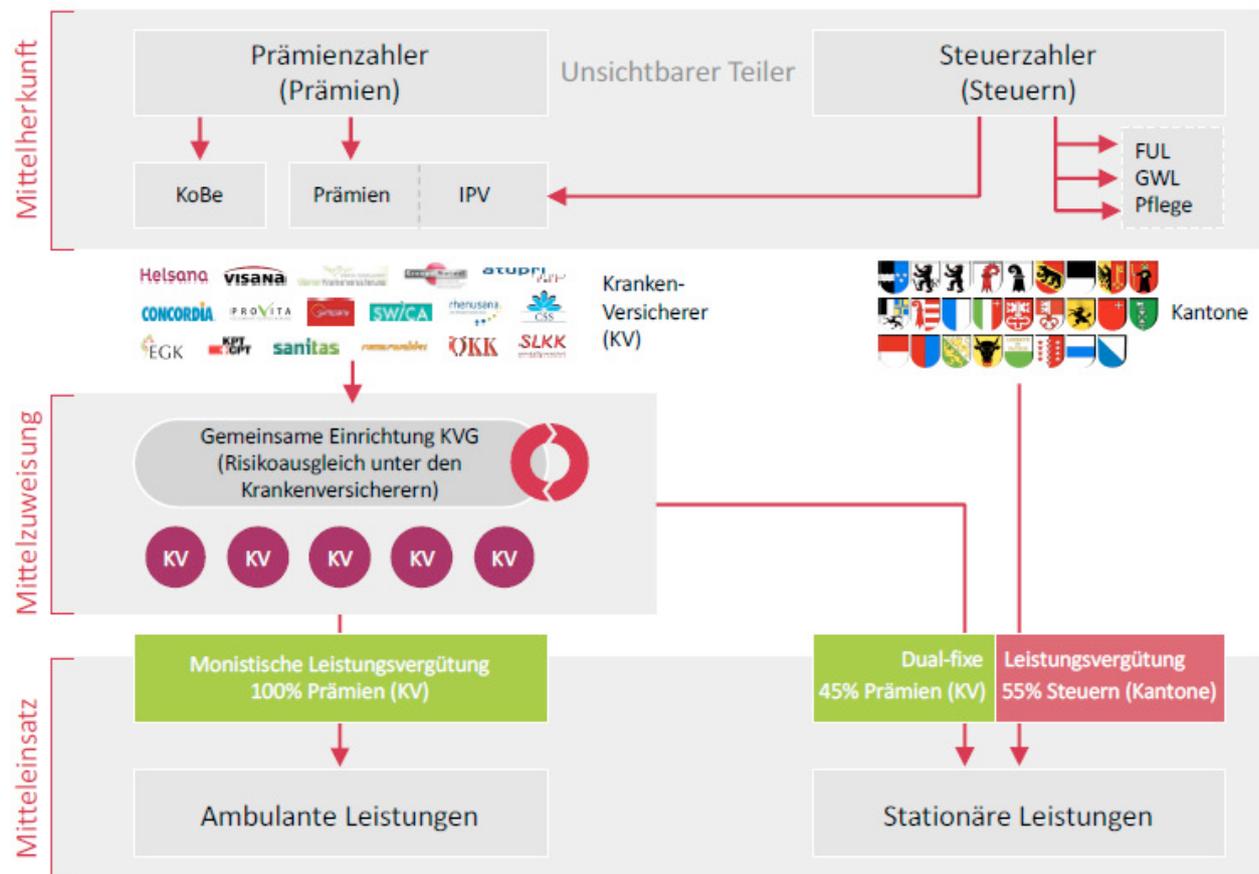


Abbildung 2 Finanzierungsströme im CH Gesundheitswesen; curafutura, Auszug aus der Präsentation „Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS)“, August 2016

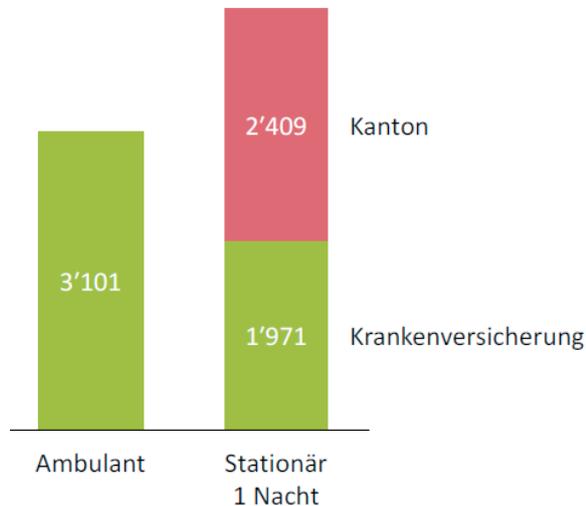
Dem übergeordneten Ziel einer Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich entsprechend, konzentrieren sich die Aussagen im Folgenden auf den Spitalbereich und insbesondere auf die finanziellen Auswirkungen für den Kanton Basel-Landschaft der in dieser Vorlage beschriebenen Elemente<sup>5</sup>, welche spezifisch den spitalstationären und den spitalambulanten Bereich betreffen:

Das Zustandekommen des vorliegenden Staatsvertrags alleine hat noch keinerlei Auswirkungen auf die Kosten. Der Staatsvertrag schafft lediglich die Grundlage für die gemeinsame Versorgungsplanung und -steuerung BL und BS, die dazu führen kann, bei einer optimierten Versorgung den Anstieg der Gesamtkosten und auch der Prämien zu dämpfen. Wie stark und wo dieser Effekt spürbar wird, ist direkt von der einzelnen Massnahme bzw. von deren konkreten Umsetzung abhängig.

Eine mögliche Massnahme - weitere wären qualitative, wie quantitative Vorgaben wie Qualitätsnormen, Mindestfallzahlen, Ausbildungsverpflichtungen, Benchmarking oder eine direkte Mengen-

<sup>5</sup> Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt über die Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung; Änderung des Spitalgesetzes (SGS 930)

steuerung - ist die durch Regulation herbeigeführte Verlagerung von stationären Spitalaufenthalten in den spitalambulantem Bereich. Diese Massnahme beinhaltet eine grosse finanzielle Komponente. Schweizweit werden mögliche Einsparungen von bis zu CHF 1 Mia. pro Jahr geschätzt<sup>6</sup>. Dies wird am Beispiel der Koronarangiographie (Herzkatheteruntersuchung)<sup>7</sup> verdeutlicht, welche um bis zu 30% günstiger ausfallen kann, wenn sie ambulant statt stationär durchgeführt wird.



**Abbildung 3 Koronarangiographie; Zahlen in CHF**

Die Herzkatheteruntersuchung ist einer der Eingriffe der gemäss der entsprechenden Liste „der ambulant durchzuführenden Untersuchungen und Behandlungen“ des Kantons Luzern ab 01.07.2017 in der Regel ambulant durchgeführt werden muss. Der Staatsvertrag und die Änderung des Spitalgesetzes schaffen die Grundlage, solche Anforderungen künftig ggf. auch im Kanton Basel-Landschaft zu stellen.

Die konkreten finanziellen Auswirkungen einer solchen Verlagerung auf die Kantonsfinanzen sind indes schwierig zu beziffern. Sie sind von verschiedenen Faktoren abhängig, wie z.B. den tatsächlichen Fallzahlen oder der Weiterentwicklung der medizinischen Technik im Hinblick auf zusätzliche „ambulant durchzuführende Untersuchungen und Behandlungen“, oder aber davon, dass die ausfallenden Erträge der Spitäler nicht durch einen Ausbau stationärer Kapazitäten kompensiert werden. Auch Entwicklungen, die darauf abzielen, die im aktuellen System bestehenden Fehlanreize bei der Finanzierung ambulanter Leistungen auf Bundesebene abzubauen, spielen eine Rolle. Die tatsächliche Kostenentwicklung in denjenigen Kantonen, die bereits so genannte „ambulante Listen“ vorgeben ist zu beobachten. Es ist nicht von vornherein klar, inwiefern die gesamthafte Kostendämpfung sowohl auf den steuer- als auch auf den prämierten Teil der Spitalkosten tatsächlich eintreten wird. Der Regierungsrat beabsichtigt, regulatorische Massnahmen gestützt auf die entsprechenden Auswertungen zu beurteilen.

Finanzielle Auswirkungen beim Kanton würden hauptsächlich im Profitcenter P2214/0 anfallen.

Allfällige Auswirkungen auf die Krankenkassenprämien von Versicherten sind ebenfalls nur grob abschätzbar. Eine Gesamtübersicht über die Zusammensetzung der prämierten Kosten stellt folgende Abbildung dar:

<sup>6</sup> Siehe Studie [pwc im Gesundheitswesen](#) mit Daten bis 2016

<sup>7</sup> Die Koronarangiographie (Herzkatheteruntersuchung) ist eine Angiografie der Herzkranzgefäße und damit eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung, bei der die Koronararterien abgebildet werden

### KOSTENAUFTEILUNG DER GRUNDVERSICHERUNG 2014

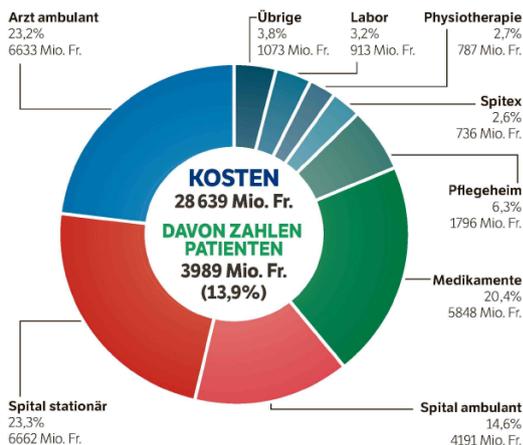


Abbildung 4: Kostenaufteilung der Grundversicherung 2014, BfS

Aus der Abbildung leitet sich ab, zu welchem Anteil die Höhe der Krankenkassenprämien direkt von der Inanspruchnahme der jeweiligen medizinischen Dienstleistungen durch die Bevölkerung abhängig ist. Generell gilt, dass die Prämien mit den Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen steigen. Auf Grund des medizinisch-technischen Fortschritts, der demographischen Entwicklungen und der Anspruchshaltung der Bevölkerung ist diese Inanspruchnahme einem stetigen Wachstum unterworfen.

Ambulante Behandlungen, wie das oben angeführte Beispiel der Herzkatheteruntersuchung, werden anders als stationäre Behandlungen zu 100 Prozent von den Versicherern getragen. Untersuchungen aus dem Kanton Luzern zur Verlagerung von dreizehn Eingriffen (inkl. der Herzkatheteruntersuchung) vom stationären in den ambulanten Sektor zeigen, dass diese Verlagerung für die Krankenversicherer kostenneutral, für das Gesamtsystem jedoch über 50 Prozent günstiger ausfallen könnte.

Insbesondere bei einem Zustandekommen der Universitätsspital Nordwest AG werden weitere finanzielle Minderaufwendungen für den Kanton BL für die Jahre 2020ff anfallen, die ab 2024 wiederkehrend rund CHF 6.5 Mio. betragen. Dies vor allem infolge von Einsparungen bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) im Bereich der Vorhalteleistungen für Notfallstationen und aus der Verlagerung stationärer orthopädischer Behandlungen an den Standort Bruderholz (TOP). Aufgrund der oben angesprochenen Ambulantisierung kann davon ausgegangen werden, dass sich die Einsparungen längerfristig noch erhöhen werden.

Entscheidet sich der Kanton Basel-Landschaft zusätzliche GWL etwa für die Aufrechterhaltung von regionalpolitischen Angeboten beispielsweise im Bezirk Laufen zu sprechen, verringern sich die Einsparungen entsprechend.

Die Regierungen streben ausserdem an, die ärztliche Weiterbildung an der Universitätsspital Nordwest AG analog zum UKBB paritätisch zu finanzieren. Für den Kanton Basel-Landschaft ist aufgrund dessen mit einer Brutto-Mehrbelastung von rund 3.8 Mio. zu rechnen.

Nicht berücksichtigt ist hierbei das Inkrafttreten der Interkantonalen Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV. Im Falle des Zustandekommens der WFV würden die Belastungen für BL merklich reduziert. Die Mehrbelastung würde auf unter 3 Mio. Franken fallen, so dass unter Be-

rücksichtigung der Einsparungen für die GWL im Notfallbereich die geplante Netto-Entlastung in den GWL insgesamt auf mindestens 6 Mio. Franken zu liegen käme.

CHF Mio.	2020	2021	2022	2023	2024 ff.
<b>GWL Total</b>	<b>13.80</b>	<b>13.80</b>	<b>11.80</b>	<b>9.80</b>	<b>7.80</b>
davon					
- Notfallvorhalteleistungen	6.0	6.0	4.0	2.0	0
- Weiterbildung Assistenzärzte	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8
- Zusätzliche GWL Stao Laufen	tbd	tbd	tbd	tbd	tbd
- Übrige GWL	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
<i>Einsparung aus WFV</i>	<i>-1.35</i>	<i>-1.35</i>	<i>-1.35</i>	<i>-1.35</i>	<i>-1.35</i>
<b>GWL Total unter Berücksichtigung Einsparung aus WFV</b>	<b>12.45</b>	<b>12.45</b>	<b>10.45</b>	<b>8.45</b>	<b>6.45</b>

Zur Situation am KSBL Standort Laufen lässt sich folgendes festhalten: Auch bei einem Nicht-Zustandekommen der Universitätsspital Nordwest AG, also bei einem Alleingang, ist an allen Standorten des KSBL eine Anpassung des Leistungsangebots vorgesehen.

Der Abbau von Doppelspurigkeiten und die Bündelung der Angebote an den einzelnen Standorten finden auch ohne die Universitätsspital Nordwest AG bereits statt (Projekt Departementalisierung). Für den Standort Laufen bedeutet dies unter anderem, dass seit dem 1. Januar 2018 keine Operationen mehr durchgeführt werden. Im Zielbild gemäss Vernehmlassungsunterlagen sind für den Standort Laufen eine stationäre Rehabilitation, eine Schmerzklinik, ausgewählte Sprechstunden sowie eine Notfall-Permanence mit eingeschränkten Öffnungszeiten (07.00 – 21.00) vorgesehen.

Die „Verhandlungsdelegation zur Zukunft des Spitals Laufen“, die aus Landratsmitgliedern und Gemeindepräsidenten aus SVP, SP, FDP und CVP besteht, haben sich mit dem KSBL und der VGD darauf verständigt, dass die Notfallversorgung für nicht lebensbedrohliche Fälle weiterhin rund um die Uhr durch eine Notfall-Permanence für ambulante Fälle sichergestellt werden soll. Ein Notfalltransport mit Einsatzstandort des medizinischen Rettungsdiensts am Spitalstandort Laufen schliesst die Rettungskette optimal.

Auch wird beabsichtigt, die bereits heute bestehende stationäre Allgemeine Innere Medizin, die den regionalen Bedarf abdeckt, weiter aufrechtzuerhalten. Diese beinhaltet insbesondere die Grundversorgung für die Behandlung von Krankheiten wie beispielsweise Herzinsuffizienz, Lungenentzündungen oder Verschlechterungen bei chronischen Lungenkrankheiten. Die erweiterte Grundversorgung, wie beispielsweise Behandlungen im Herzkatheterlabor, erfolgt in Liestal respektive mit der Universitätsspital Nordwest AG in Liestal und Basel.

Da aus rein medizinischer Sicht die vom Krankenversicherungsgesetz geforderte bedarfsgerechte Spitalversorgung gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG auch ohne die genannten zusätzlichen Angebote sichergestellt ist, müssen die zusätzlich anfallenden Kosten dieser regionalpolitisch geforderten Angebote durch den Kanton finanziert werden.

Zur dieser Präzisierung des seit 1994 in Kraft stehenden §45 des Laufentalvertrags [SGS 101] ist eine Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Regierungsrat und einem von diesem legitimierten Organ der Laufentaler Gemeinden geplant.

Der Regierungsrat sieht vor, dem Landrat noch im ersten Semester 2018 eine entsprechende Vorlage zu unterbreiten, so dass dieser abschliessend darüber entscheiden kann. In dieser Vorlage sollen die Auswirkungen auf das Zielbild der Universitätsspital Nordwest AG, mögliche Dyssynergien sowie die entsprechenden finanziellen Auswirkungen aufgezeigt werden. Der Vorbehalt betreffend der definitive Entscheid durch den Landrat wurde auch im gemeinsamen Konsenspapier mit der „Verhandlungsdelegation zur Zukunft des Spitals Laufen“ so festgehalten.

Wie aufgezeigt, werden die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen innerhalb der kommenden Jahre stetig gesenkt und voraussichtlich ab 2024 um rund CHF 6 Mio. tiefer ausfallen.

Gegenüber dem Aufgaben – und Finanzplan 2018 – 2021 werden die GWL-Zahlungen jedoch kurzfristig höher ausfallen. Die geplante Kürzung um rund CHF 6 Mio. wurde bereits ab Start Spitalgruppe (2020) antizipiert. Mit der Konkretisierung des Zielbildes während des Projektverlaufs hat sich gezeigt, dass der Wegfall des Notfallbereichs nicht bereits im Jahr 2020 sondern voraussichtlich erst im Jahr 2024 abgeschlossen ist. Dies bedeutet, dass im aktuellen AFP für die AFP Jahre 2020 und 2021 die GWL um CHF 5.45 Mio. zu tief eingestellt ist, respektive dass die AFP Jahre 2020 und 2021 nun einen Mehraufwand im Umfang von je CHF 5.45 Mio. erfahren.

CHF Mio.*	2020	2021	2022	2023	2024 ff.
Erfolgsrechnung	- 0.55	- 0.55	- 2.55	- 4.55	- 6.55
(Differenz gegenüber AFP)	(+5.45)	(+5.45)			

**Table 1 Voraussichtliche GWL-Entlastung ab 2020 (- = Entlastung, + = Belastung)**

Über die Einsparungen bei den Gemeinwirtschaftlichen Leistungen hinaus erwartet der Regierungsrat durch die gemeinsame Planung und Regulation mit dem Kanton Basel-Stadt sowie durch die angestrebte Verlagerung auf die ambulante Leistungserbringung im Rahmen der Spitalgruppe (TOP) eine dämpfende Wirkung auf das Kostenwachstum.

Es wird davon ausgegangen, dass die kostendämpfenden Wirkungen zunehmen werden und sich auch auf den prämierten- und den steuerfinanzierten Anteil der Gesundheitskosten auswirken.

CHF Mio.*	2020	2021	2022	2023	2024 ff.
Erfolgsrechnung	- 0.5	- 0.5	- 0.5	- 1.5	- 2

**Table 2 Kostendämpfender Effekt ohne GWL (- = Entlastung, + = Belastung)**

Zusätzliche Aufwendungen entstehen dem Kanton durch die Erarbeitung des beschriebenen Versorgungsplanungsmodelles. Die Kosten werden auf insgesamt CHF 305'00 beziffert. Sie sind im Aufgaben- und Finanzplan im Profitcenter P2214/0 eingestellt.

## 8. Regulierungsfolgenabschätzung

Im Jahr 2006 hat der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft gestützt auf das KMU-Entlastungsgesetz vom 5. Juni 2005 (SGS 541) die Verordnung über die Reduktion der Regelungsdichte und den Abbau der administrativen Belastung für die kleineren und mittleren Unternehmen vom 26. September 2006 (SGS 541.11) erlassen. Der Begriff KMU umfasst kleinere und mittlere Unter-

nehmen, insbesondere Kleinst- und Kleinunternehmen aller Branchen und selbstständig Erwerbende. Medizinische Leistungserbringer gehören allenfalls zum betroffenen Adressatenkreis dieser Regulierungen, da sich der Staatsvertrag sowie die Änderung des Spitalgesetzes (SGS 930) insbesondere möglichen Regulierungsmassnahmen im spitalstationären und –ambulanten Bereich annimmt.

Beim Aufbau, der Koordination und der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung ist keine erhebliche KMU-Relevanz erkennbar.

Für die betroffenen Spitäler ist mit der Inkraftsetzung der in dieser Vorlage erwähnten, regulatorischen Anforderungen jedoch mit administrativem Mehraufwand z.B. beim Einholen der (neu geforderten) Bewilligungen zu rechnen. Für die selbstständig erwerbenden Medizinalpersonen ändert sich bei der Bewilligungspflicht zur Berufsausübung nichts. Dagegen ist nicht einzusehen, weshalb gerade der gesundheitspolitisch zentrale Spitalbereich von der Bewilligungspflicht ausgenommen bleiben sollte.

Mehraufwendungen im Zusammenhang mit der gesundheitspolizeilichen Aufsicht sind nicht zu erwarten, da diese bereits heute gesetzlich festgelegt ist und wahrgenommen wird.

Zusätzliche administrative Folgen ergäben sich zudem aus der Umsetzung von weiteren Regulierungsmassnahmen (Stichworte: Nachweis der Erfüllung von Kriterien für die Aufnahme auf Spitallisten und die Vergabe von Leistungsaufträgen oder von Vorgaben für ambulant durchzuführende Eingriffe und Behandlungen). Auch diese Aufwendungen werden von der Regierung als verhältnismässig angesehen und sie sind insbesondere der effizienten Bedarfsplanung im spitalstationären und -ambulanten Bereich dienlich.

Den Kantonen kommt in den seit 1.1.2012 mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung veränderten Rahmenbedingungen eine neue Rolle zu: So hielt der Bundesrat in seiner Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) fest<sup>8</sup>: *"Das Angebot bestimmt weitgehend die Nachfrage, und die Preise spielen für die Verbraucher/Versicherten keine direkte Rolle. Aus sozialpolitischen Gründen muss das System zudem der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einem qualitativ hochstehenden Pflegeangebot gewährleisten. Im Hinblick auf eine rationelle Verwendung der Ressourcen sprechen diese Fakten dafür, dass der Staat bei der Infrastrukturplanung (Bereitstellung der nötigen Kapazitäten entsprechend dem effektiven Bedarf, kantonsinterne und interkantonale Koordination) eine führende Rolle übernimmt. Die Ausweitung der kantonalen Spitalplanung im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung aller Versicherten ist daher völlig gerechtfertigt, denn nur so kann die Planung wirksam sein [...]. Im Idealfall sollten einzig die Markt- und Wettbewerbsregeln bestimmen, wer Zugang zum Markt erhält. Man könnte es daher bedauern, dass mit der Revision der Einflussbereich des Staates durch die Ausweitung der Mitfinanzierung und die verstärkte Gewichtung der Planung vergrössert wird. Immerhin würde mit der vorgeschlagenen Regelung im festgelegten Rahmen der Tarifwettbewerb verstärkt. In einem «Markt» jedoch, in dem die Nachfrage zu einem grossen Teil angebotsinduziert ist und in dem die «Preise» durch eine Behörde genehmigt oder fixiert sind und der Konsument nicht unmittelbar für die Kosten der konsumierten Leistungen aufkommt, gilt es indessen, die Regeln für die Teilnahme am «Markt» den besonderen Verhältnissen anzupassen".*

Auch das Bundesverwaltungsgericht hält in seiner Entscheid [C-6266/2013](#) vom 29. September 2015 in Kapitel 4.5 fest, dass die „Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazi-

<sup>8</sup> 04.061 Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004 (Seite 5587 f.)

täten weiterhin zu den Zielen der Spitalplanung [gemäss Krankenversicherungsgesetzgebung gehören].“ Die erwähnten Kriterien könnten zusammen mit der Versorgungsplanung und der angestrebten „Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich“ für einige Häuser demnach Auswirkungen in finanzieller Sicht oder auf der Angebotsebene haben. Konkrete Abschätzungen sind zurzeit jedoch nicht möglich. Aus dem erwähnten Bundesverwaltungsgerichtsentscheid ergibt sich aber, dass regulatorische Massnahmen, wie sie in der vorliegenden Vorlage beschrieben sind, zur kantonalen Umsetzung des Bundesrechts gehören.

## **9. Antrag**

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, gemäss beiliegendem Entwurf eines Landratsbeschlusses (Anhang 1) zu beschliessen.

Liestal, 06. Februar 2018

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:

Sabine Pegoraro

Der Landschreiber:

Peter Vetter

## **10. Beilagen**

1. Gemeinsamer Bericht zur Koordination und Umsetzung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie Anhang zur Beilage 1: Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt über die Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018;
2. Entwurf des neuen Spitalversorgungsgesetzes (SpiVG), vom 6. Februar 2018;
3. Entwurf synoptische Darstellung des neuen Spitalversorgungsgesetzes (SpiVG), vom 6. Februar 2018.

## **Anhang 1: Entwurf Landratsbeschluss**

### **Entwurf**

#### **Landratsbeschluss**

**betreffend Genehmigung des Staatsvertrags zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt über die Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung und betreffend Erlass des Spitalversorgungsgesetzes**

**(Arbeitstitel)**

vom ...

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

1. Der vom Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt und vom Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft am 6. Februar 2018 abgeschlossene Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung wird genehmigt.
2. Ziffer 1 dieses Beschlusses wird dem obligatorischen Referendum gemäss § 30 Absatz 1 Buchstabe b der Kantonsverfassung unterstellt.
3. Ziffer 1 dieses Beschlusses steht unter dem Vorbehalt des gleichlautenden Beschlusses des Kantons Basel-Stadt.
4. Die Änderung des Spitalgesetzes (SGS 930) wird gemäss beiliegendem Entwurf beschlossen.
5. Der Gemeinsame Bericht zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung wird zur Kenntnis genommen.
6. Das Postulat Nr. 11-337 von Klaus Kirchmayr, Grüne Fraktion: Kantonale Strategie zur Spitalfinanzierung wird abgeschrieben.
7. Die Motion Nr. 11-131 der FDP-Fraktion: Neuer Gesundheitsversorgungsbericht ab 2012 zur Genehmigung durch den Landrat wird abgeschrieben.

Liestal, ...

Im Namen des Landrates

Der/die Präsident/in:

Der/die Landschreiber/in:

**Anhang 2: Liste der Institutionen, die sich zum Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt über die Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung haben vernehmen lassen**

Kantone und öffentliche Stellen:

- Departement des Innern des Kantons Solothurn
- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Service de la santé publique – République et Canton du Jura
- Finanzdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Finanzkontrolle des Kantons Basel-Stadt
- Datenschutzbeauftragter des Kantons Basel-Stadt
- Aufsichtsstelle Datenschutz Basel-Landschaft
- Gemeinde Riehen
- Gemeinden des Kantons Basel-Landschaft (Arboldswil, Bennwil, Ettingen, Hölstein, Känerkinder, Läufelfingen, Lausen, Muttenz, Nenzlingen, Ormalingen, Waldenburg)
- Laufentaler Gemeindepräsidentenkonferenz
- Region Leimental Plus

Parteien:

- Sozialdemokratische Partei Basel-Stadt (SP BS)
- Sozialdemokratische Partei Basel-Landschaft (SP BL)
- Christlichdemokratische Volkspartei Basel-Stadt (CVP BS)
- Christlichdemokratische Volkspartei Baselland (CVP BL)
- FDP.Die Liberalen Basel-Stadt (FDP BS)
- FDP.Die Liberalen Baselland (FDP BL)
- Gemeinsame Stellungnahme der Grünliberalen Parteien Basel-Stadt und Basel-Landschaft (GLP BS und BL)
- Schweizerische Volkspartei Basel-Stadt (SVP BS)
- Schweizerische Volkspartei Baselland (SVP BL)
- Evangelische Volkspartei Basel-Stadt (EVP BS)
- Evangelische Volkspartei Basel-Landschaft (EVP BL)
- Bürgerlich-Demokratische Partei Basel-Stadt (BDP BS)
- Grüne Basel-Stadt
- Grüne Baselland
- Liberal-Demokratische Partei Basel-Stadt (LDP BS)
- BastA! Basels starke Alternative

Verbände, Interessensorganisationen und Weitere:

- Vereinigung für eine starke Region Basel / Nordwestschweiz
- Gemeinsame Stellungnahme der Basler Privatspitäler-Vereinigung und des **Basellandschaftlichen Verbands der Privatkliniken**
- VNS Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler
- Santésuisse
- Curafutura
- Sympany
- Verein Gesundheit für alle
- Graue Panther Nordwestschweiz

- Gewerkschaftsbund Baselland (GBBL) / Basler Gewerkschaftsbund (BGB)
- VPOD Region Basel
- SBK Sektion beider Basel
- Patientenstelle Basel
- Ärztesgesellschaft Basel-Landschaft (AeG BL) und Medizinische Gesellschaft Basel (Med-  
ges)
- FMH
- Universitätsspital Basel
- Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)
- Personalvertretung KSBL
- Personalkommission USB
- Handelskammer beider Basel (HKBB)
- Interpharma