



29. April 2010, Inselspital Bern

SPFG – Vier Buchstaben zum Erfolg

Referat von Regierungsrat Dr. iur. Thomas Heiniger am 3. Nationalen Symposium für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Sehr geehrte Damen und Herren

«PFG: Drei Buchstaben für die Umsetzung der Qualität und Wirtschaftlichkeit», unter diesem Titel war mein Referat während Wochen im Internet-Programm zum heutigen Symposium angekündigt. «SPFG – Vier Buchstaben zum Erfolg», unter diesem Titel referiere ich heute tatsächlich. Wie kommt das? Seit ich vor einigen Wochen den Titel für mein heutiges Referat festlegen musste, ist ein weiterer Buchstabe zur Abkürzung des neuen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes hinzugekommen. Es heisst jetzt SPFG.

Der neue Titel verrät aber auch, dass ich diesen Gesetzesentwurf unterdessen selbstbewusster zu präsentieren wage, als ich es noch vor einigen Wochen getan hätte. Ich will das heutige Symposium für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen nutzen, um Ihnen aufzuzeigen, wie der Kanton Zürich die KVG-Vorgaben Qualität und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Akutspitäler erfolgreich umzusetzen gedenkt.

Meine kleine Anekdote mit dem Referatstitel, der sich innert weniger Wochen verändert hat, macht deutlich, in welcher Zeit des Wandels wir uns befinden: das Gesundheitswesen ist in Bewegung – der Kanton Zürich auch. Gleichzeitig dürfen wir aber auch auf eine lange Tradition einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zurückblicken: Die optimale, umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat in unserem Land eine gesellschaftspolitische Tradition. Bereits seit dem 19. Jahrhundert nimmt die Öffentlichkeit mit finanziellen Mitteln und planerischen Rahmenbedingungen Einfluss auf die Spitalversorgung der Bevölkerung.

Die Verfassungen von Bund und Kantonen verpflichten den Staat, für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu sorgen. Auf Bundesebene wird diese Verpflichtung nicht nur allgemein vorgegeben. Vielmehr definiert ein umfassender Bundesleistungskatalog die medizinischen Leistungen, auf die unsere Bevölkerung Anspruch hat, bis ins kleinste Detail.

Rationierungsmassnahmen oder andere einschneidende Lenkungsmassnahmen, die das Behandlungsspektrum schmälern, sind deshalb bis heute zum vornherein ausgeschlossen. Auf dieser Grundlage hat sich in der Schweiz ein auch im internationalen Vergleich sehr hohes pflegerisches, ärztliches und medizintechnisches Niveau herausgebildet. Das bestätigen unter anderem auch die Patientenumfragen, die wir im Kanton Zürich regelmässig durchführen: dem Gesundheitswesen werden durchwegs sehr gute Noten erteilt.

Dieses hohe Niveau hat allerdings auch einen hohen Preis. Das Schweizer Gesundheitswesen gehört nicht nur zu den besten, sondern auch zu den teuersten der Welt. Und ungeachtet aller «Spar»-Diskussionen wachsen die Spitalkosten Jahr für Jahr stärker als die allgemeinen Lebenshaltungskosten.



Weil sowohl jede und jeder Einzelne – mindestens potenziell – genauso wie Wirtschaft und Gesellschaft stark vom hohen Leistungsniveau profitieren, lassen sich für rigorose Sparmassnahmen oder auch nur für eine Limitierung der wesentlichen Kostenfaktoren keine politischen Mehrheiten finden. Das gilt für Einschränkungen der medizinischen Entwicklung und Forschung genau so wie für Kürzungen am umfassenden Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung, für Einschränkungen an der baulichen oder technischen Infrastruktur der Spitäler oder für Kürzungen bei der Personalbesoldung.

Zusätzlich verstärkt werden diese Kostenfaktoren durch das steigende Lebensalter und die wachsenden Ansprüche der Patientinnen und Patienten. Und wenn wir davon ausgehen, dass das öffentliche Gesundheitssystem bezüglich Angebot und Qualität auch künftig mit den Privatspitälern mithalten soll, kann es sich der wachsenden Angebotsvielfalt im Wettbewerb bei den überobligatorischen Leistungen nicht entziehen.

Die Spitalkosten aufzufangen – und deren Anstieg trotz aller «Sachzwänge» einigermaßen unter Kontrolle zu halten – ist seit mehr als zwanzig Jahren Inhalt eines ständigen Seilziehens zwischen ihren Trägern: zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden und Versicherern. Auch das neue Krankenversicherungsgesetz KVG wurde 1996 unter anderem mit dem Ziel eingeführt, die Kosten einzudämmen und befasst sich zentral mit der Höhe der Finanzanteile von öffentlicher Hand und Versicherern. Wie wir alle wissen, sind die Gesundheitskosten aber auch nach seiner Einführung im Jahr 1998 weiter gestiegen. Relativ rasch – nämlich bereits im Jahr 2000 – legte der Bundesrat Revisionsvorschläge vor. Nach jahrelanger Beratung im Parlament resultierte daraus im Dezember 2007 eine Teilrevision im Bereich der Spitalplanung und Spitalfinanzierung.

Zentrales Element ist die Umstellung der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung: Ab Januar 2012 müssen die stationären Spitalkosten generell durch leistungsbezogene Fallpauschalen und einen pauschalen Investitionskostenanteil abgegolten werden. Weiter verlangt das neue KVG eine darauf abgestimmte, leistungsbezogene Neugestaltung der Spitalplanung. Über eine Spitalliste sind die Leistungserbringer zu bezeichnen, die KVG-Leistungen nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität erbringen.

Die Leistungen der auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler sind ab 2012 neu zu mindestens 55 Prozent durch die Kantone und zu max. 45 Prozent durch die Krankenkassen zu finanzieren. Neu gilt dieses Finanzierungsmodell für sämtliche Listenspitäler, also auch für Privatspitäler, die bisher von den Kantonen nicht unterstützt wurden. Zusätzlich wird mit der KVG-Revision die Spitalwahlfreiheit innerhalb der Schweiz weitgehend verwirklicht.

Aufgabe der Kantone ist es nun, ihre Spitalplanungen in relativ kurzer Zeit neu zu gestalten und die Grundlagen für die künftige Finanzierung gemäss den neuen KVG-Bestimmungen zu schaffen. Nachdem sowohl die Finanzierung wie die Planung neu leistungsbezogen sein müssen, ist die entsprechende Rahmengesetzgebung in einen einzigen Erlass zu kleiden.

Die Vorgaben des KVG bestimmen den Handlungsrahmen der Kantone. Eine Diskussion über den Sinn der Regulierung des Spitalwesens über eine Spitalliste erübrigt sich deshalb an dieser Stelle. Unsere Aufgabe ist nicht die Führung einer Grundsatzdiskussion, sondern das bestmögliche Ausnutzen des kantonalen Spielraums. Dieser ist durchaus ansehnlich:

Die Kantone können (und müssen)

- die Planungsziele festlegen
- die Anforderungen an die Leistungserbringer bestimmen
- über die Spitalliste die Spitallandschaft gestalten
- die Zugänglichkeit der Spitäler für die Patienten über die Ausgestaltung der Aufnahmepflicht sichern,
- Vorschriften über die Gewinnverwendung aufstellen,
- die Frage klären, wie mit den bisher geleisteten Investitionsbeiträgen der öffentlichen Hand zu verfahren ist,
- und schliesslich einen allfälligen Kostenverteiler zwischen Kanton und Gemeinden festlegen.

Grundlage für diese Entscheidungen muss eine umfassende Analyse und Abwägung der Chancen und Risiken bilden.

Chancen und Risiken

Zunächst einmal gibt das neue KVG den Kantonen die Möglichkeit, stärkende Impulse zu setzen, indem sie die freie Spitalwahl unterstützen – oder wenigstens nicht behindern – und die Privatspitäler sinnvoll in die Gesamtversorgung einbinden. Dies eröffnet die Chance, den Wettbewerb der Leistungserbringer zu fördern und zu unterstützen – und zwar nicht nur im Bereich der Leistungen und der Qualität, sondern vermehrt auch im Bereich der Kosten und der Effizienz. Wenn es gelingt, die richtigen Anreize zu setzen, kann dieser verstärkte Wettbewerb unser Gesundheitswesen im Bestreben um hohe Qualität zu günstigen – oder mindestens bezahlbaren – Kosten entscheidend voranbringen. Dann fördert er

- eine optimale Strukturierung der Leistungen
- günstigeres Bauen
- flexiblere Reaktionen auf Marktänderungen
- schlankere Entscheidungsprozesse und
- ganz allgemein unternehmerisches Handeln der Spitäler.

Wird der Wettbewerb dagegen von den falschen Anreizen geprägt, kann er uns durchaus vom Regen in die Traufe führen. Damit komme ich zu den Risiken. Diese sind vielfältig:

- Ein ungebremstes Mengenwachstum würde die Kostenspirale weiter beschleunigen.
- Konzentrieren die Spitäler ihr Angebot konsequent auf die lukrativen Segmente, besteht in den übrigen Bereichen die Gefahr der Unterversorgung.
- Werden einseitig Kosten gesenkt, drohen Qualitätseinbussen.

Ein weiteres Risiko besteht im Übergang von der bisherigen Objektfinanzierung zur Subjektfinanzierung: Es geht darum, ungleich lange Spiesse zu vermeiden zwischen Spitalern, die soeben grosse, staatlich finanzierte Investitionen getätigt haben und solchen, bei denen wesentliche Erneuerungsschritte bevorstehen.

Zu guter Letzt besteht die Gefahr, dass Gewinne, die einzelne Spitäler (auch) dank der Leistungsvergütung durch die Kantone erzielen, entweder aus dem Gesundheitssystem abfliessen oder aber für ein «Wettrüsten» unter den Spitalern eingesetzt werden.

Aus diesem Spannungsfeld haben wir für den Kanton Zürich sechs Planungsziele abgeleitet. Das bringt mich zum nächsten Thema, der Spitalplanung 2012.



Spitalplanung 2012

Primär geht es darum, die im KVG formulierte Versorgungsverpflichtung in ein überschaubares, nachvollziehbares Angebot umzusetzen. Unser Gesetzesentwurf sieht vor, die Vielfalt der medizinischen Angebote so zu bündeln, dass sie für Patienten, zuweisende Ärzte, Institutionen und Versicherer überblickbar werden.

Vorgesehen sind einerseits vernetzte Grundversorgungspakete in Chirurgie, Innerer Medizin und Geburtshilfe an mehreren Standorten. Andererseits sollen komplexe, teure und anforderungsreiche Leistungen und universitäre Leistungen möglichst konzentriert werden. Um dies zu ermöglichen, schaffen wir ein neues System der Zusammenfassung medizinischer Leistungen in ökonomisch und medizinisch zweckmässige Leistungsgruppen und -pakete. Damit wirken wir einer für die Patienten undurchschaubaren Fragmentierung der Versorgungsstruktur entgegen. Gleichzeitig können wir die Rosinenpickerei durch einseitige Konzentration auf besonders «lukrative» Leistungen verhindern.

Zudem soll auch künftig sichergestellt sein, dass sowohl Private als auch Gemeinden und der Kanton Spitäler errichten und betreiben können. Und schliesslich muss es künftig vermehrt auch darum gehen, die Koordination mit anderen Kantonen sicherzustellen. In diesem Bereich laufen bereits grosse Anstrengungen. Der Kanton Zürich hat seine derzeit laufenden Vorbereitungsarbeiten bei der Versorgungsplanung mit anderen Kantonen koordiniert und übernimmt planerische Leistungen auch im Auftrag mehrerer anderer Kantone.

Die Grundvoraussetzung für die Aufnahme eines Leistungserbringers in die Spitalliste wird vom KVG definiert. Dieses schreibt vor, dass ein Spitalistenplatz nur an «effizient und qualitativ hinreichend arbeitende» Spitäler vergeben werden kann. Um diesen Nachweis erbringen zu können, müssen die Spitäler bezüglich Qualität und Kosten mehr Transparenz schaffen. Mehr Transparenz ist auch eine Voraussetzung für den Nachweis, dass die Spitäler keine Selektion ihrer Patienten nach Versichertenstatus oder nach Risikogruppen vornehmen.

Im Zeichen der langfristigen Qualitätssicherung – oder neudeutsch der Nachhaltigkeit – wird sodann von den Listenspitälern gefordert,

- dass sie sich im Rahmen der Aus- und Weiterbildung des Spitalpersonals engagieren,
- dass sie die Nachbetreuung ihrer Patienten, zum Beispiel in Pflegeheimen oder anderen Folgeeinrichtungen sicherstellen,
- und dass sie ihre Investitionsplanung auf die Sicherung der Versorgung der Bevölkerung ausrichten.

Für die praktische Umsetzung dieser Grundsätze ist es entscheidend, ein Verfahren zu schaffen, das die Auswahl der künftigen Listenspitäler nach rechtsgleichen, objektiv überprüfbaren Kriterien zulässt. Unser Ansatz ist es, die Bewerber für die einzelnen Leistungsaufträge aufgrund der vorher umschriebenen Anforderungskriterien zu bewerten. Die Aufträge werden denjenigen Spitälern erteilt, die die Anforderungen am besten erfüllen und mit denen die Planungsziele optimal umgesetzt werden können. Im Interesse von Klarheit und Transparenz werden sowohl das zugelassene Leistungsspektrum wie auch die mit dem Leistungsauftrag verknüpften Bedingungen und Auflagen Teil der Spitalliste sein.

Konditionen, die für die Zuweisung von Patienten nicht unmittelbar von Bedeutung sind, wie etwa Besonderheiten der Abgeltung und der Übermittlung von Daten an Bundes- und kantonale Stellen, werden ausserhalb der Spitalliste separat vertraglich festgelegt.

Das Resultat wird eine patientengerechte Spitalliste sein, die ein zweckmässiges, vergleichbares Angebot schafft und einen geregelten Wettbewerb unter den Anbietern ermöglicht.

Soviel zur neuen Spitalliste. Der eigentliche Systemumbruch, der per 2012 stattfindet, liegt in der künftigen Spitalfinanzierung.

Spitalfinanzierung

Bisher werden die Spitäler nach unterschiedlichen Methoden subventioniert, in aller Regel aber letztlich defizitorientiert. Von diesem Prinzip der Defizitdeckung durch die öffentliche Hand rückt das neue KVG ab. Die ab 2012 geltenden Fallpauschalen sehen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eine subjektorientierte Entschädigung der erbrachten Leistungen vor. Die Tarife sollen einem effizient und kostengünstig arbeitenden Spital die Deckung seiner Vollkostendeckung ermöglichen. Das KVG schreibt vor, dass diese Tarife zwischen Spitalern und Versicherern auszuhandeln und in Tarifverträgen festzuhalten sind.

Bemerkenswert an diesem System ist der Umstand, dass die Kantone zwar 55 Prozent der Leistungspauschalen zu bezahlen haben, aber von den Tarifverhandlungen ausgeschlossen sein sollen. Immerhin steht dem Kanton gemäss KVG zu, die zwischen Spitalern und Versicherern ausgehandelten Tarife zu genehmigen. Unser Gesetzesentwurf sieht nun vor, dass sich der Kanton in diesem Rahmen massgeblich einbringt. Der Kanton Zürich wird die Pauschalen nur genehmigen, wenn sie im Rahmen eines effizient arbeitenden Vergleichsspitals liegen. Dazu werden wir unser in den letzten Jahren entwickeltes und mit Erfolg praktiziertes Benchmarking-System zur Anwendung bringen. Zu hohe und zu tiefe Pauschalen in Bezug auf das Vergleichsspital werden nicht genehmigt: überhöhte Preise dürfen weder den Prämien- noch den Steuerzahlern zugemutet werden und Dumpingpreise gefährden eine nachhaltige, auf Dauer angelegte Leistungserbringung und damit das Versorgungssystem.

Im Hinblick auf das Jahr 2012 lag der Fokus bisher weitgehend auf der Neuregelung der Abgeltung von Leistungen im KVG-Bereich. Dabei wurde übersehen, dass auch andere versorgungsnotwendige Leistungen unterstützungswürdig und -bedürftig sind, wenn sie trotz wirtschaftlicher Betriebsführung keine schwarzen Zahlen generieren. So gibt es zum Beispiel in den stationären Bereichen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungsleistungen keine bundesrechtlichen Verpflichtungen zu Beitragsleistungen der öffentlichen Hand, sondern lediglich Auflagen gegenüber den Versicherern. Dieselbe Situation haben wir im ambulanten Bereich. Was das Spital entsprechende Deckungslücken nicht aus eigenen Mitteln decken kann – zum Beispiel durch Quersubventionierung aus Leistungen für Zusatzversicherte –, droht ohne staatliche Unterstützung eine Unterversorgung.

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, sieht unser Gesetzesentwurf einen Auffangtatbestand vor. Dieser soll es ermöglichen, notfalls auch Subventionen zu gewähren für stationäre Leistungen ausserhalb der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder für spitalgebundene ambulante Leistungen – falls diese notwendig sind, um eine genügende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.



Was ich bis jetzt beschrieben habe, also Vollkostendeckende OKP-Tarife, Subventionen an weitere Versicherungsbereiche, neue Finanzierungsverpflichtungen gegenüber bisher nicht unterstützten Privatspitälern, freie Spitalwahl – all das hat seinen Preis. Und wird, zumindest kurzfristig und mindestens bei der öffentlichen Hand, keineswegs zu Einsparungen führen. Sondern zu erheblichen Mehrkosten: nach Schätzungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz dürften sich diese schweizweit auf hunderte Millionen Franken jährlich belaufen.

Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass effizient und kostengünstig arbeitende Spitäler dank der vollkostendeckenden OKP-Tarife künftig erhebliche Gewinne aus dem Zusatzversicherungsbereich ausweisen werden – nämlich in dem Ausmass, in dem sie diese Mittel bisher zur Querfinanzierung der defizitären OKP-Bereiche benötigten. Damit würden wir uns zwangsläufig – und für einmal sogar zu Recht – dem allzu oft bemühten Vorwurf der «Privatisierung der Gewinne bei gleichzeitiger Verstaatlichung der Verluste» aussetzen. Das ist auch für einen liberal denkenden Kantonspolitiker zu viel.

Wir haben intensiv nach einer politisch sinnvollen und tragbaren Lösung gesucht, um dieses Spannungsfeld für Gesellschaft und Spitalbetreiber akzeptabel und juristisch vertretbar aufzulösen. Unsere pragmatische Lösung heisst «Ausgleichsfonds». Wenn ein Liberaler ein Gewinnabschöpfungs-Modell präsentiert, braucht er dafür gute Gründe. Lassen Sie mich deshalb für die Begründung unseres Ausgleichsfonds etwas ausholen.

Wer sich als Spitalbetreiber um einen Leistungsauftrag bewirbt und einen Spitalistenplatz zugesprochen bekommt, verfügt ab diesem Zeitpunkt über eine gewisse Bestandesgarantie. Darin liegt ein wesentlicher Unterschied zu einem rein privatwirtschaftlich funktionierenden Nicht-Listenspital. Versorgungsnotwendige Spitäler können – wie es der Begriff sagt – nicht einfach fallen gelassen werden, wenn sie finanziell unter Druck geraten. In einem begrenzten Umfang werden deshalb immer wieder Stützungsmassnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung notwendig sein.

Dabei kann es sich um die dargestellten Subventionen an Nicht-OKP-Bereiche handeln, um die Gewährung von Darlehen für grosse Investitionen, für die keine private Geldgeber gefunden werden können oder auch um anderweitige Massnahmen wie etwa Sanierungsprojekte. Um solche Stützungsmassnahmen zu ermöglichen, sieht das neue Gesetz einen «Ausgleichsfonds» vor, in den die Listenspitäler einen prozentualen Anteil ihrer möglichen Gewinne, allenfalls ihres Ertrags – um den komplizierten Gewinnberechnungen auszuweichen – einspeisen. Über die verbleibenden Gewinne soll das Spital frei verfügen können, wenn es seiner Reservebildungspflicht nachgekommen ist. Die Gewinnanteile des Fonds sollen gesetzlich fixiert werden. Ebenso ist eine Obergrenze des Fonds geplant; ist diese erreicht, werden die Abgabesätze gesenkt. Ich bin zuversichtlich, dass der Ausgleichsfonds damit zu einer Stütze für ein nachhaltiges Versorgungssystem werden kann, ohne die wettbewerblichen Elemente auszuhebeln.

Meine Damen und Herren, Sie haben es bestimmt gemerkt: Als liberaler Politiker ist mir eine solche Fonds-Lösung, die den angestrebten Wettbewerb unter den Leistungserbringern dämpft, nicht ohne weiteres genehm. Sie haben aber hoffentlich auch gemerkt, dass der Kanton Zürich mit seinem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz nur dort steuernd eingreifen will, wo der Wettbewerb negative Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit haben könnte. Dies ist ein Ansatz, der sich durchaus mit der Gesinnung eines FDP-Politikers vereinbaren lässt.

Ein weiterer liberaler Grundsatz besagt: «Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu erlassen, ist es notwendig, *kein* Gesetz zu erlassen.»

Werfen wir also auch einen Blick darauf, was die Auswirkungen wären, wenn wir bis 2012 kein SPFG erlassen würden. Zunächst einmal würde die Möglichkeit fehlen, über die Spitalliste Strukturgewinne durch die Konzentration und die Koordination von Leistungen zu realisieren. Dies hätte eine unkontrollierbare Mengenausweitung zur Folge. Der fehlende Ausgleichsfonds würde zu Wettbewerbsverzerrungen führen, die entweder zu Qualitätsverlusten bei Spitälern mit weniger günstigen Rahmenbedingungen führen oder aber Grundlage für ein eigentliches «Wettrüsten» der Spitäler bilden würden. Beides könnte die langfristige Gewährleistung der Versorgungssicherheit gefährden. Und schliesslich würde die vom Bundesrecht geforderte Rechtssicherheit für die Privatspitäler fehlen: Diese müssen wissen, ob und inwieweit sie ab 2012 auf der Spitalliste berücksichtigt werden können, um zu entscheiden, ob es für sie überhaupt sinnvoll ist, sich um einen solchen Platz zu bewerben.

Wer ab 2012 einen Platz auf der Spitalliste hat, wird nicht nur eine Veränderung in der Abgeltung der medizinischen Leistungen erfahren, sondern auch mit einer neuen Art der Objektfinanzierung konfrontiert sein. Ab 2012 werden die Spitalimmobilien und andere Spitalanlagen nicht mehr wie heute durch Objektkredite finanziert, sondern durch einen Investitionsanteil pro Fall an der Pauschale. Diese Umstellung bedeutet, dass die Spitäler ihre Anlagen neu durch Eigenmittel oder Kredite vorfinanzieren müssen. Als Kreditgeber sieht der Gesetzesentwurf private Geldgeber oder die Gemeinden vor. Der Kanton soll nur subsidiär Darlehen gewähren, wenn von anderer Seite für ein notwendiges Spital keine Mittel gesprochen werden.

Diesem Systemwechsel folgend plant der Gesetzesentwurf eine Umwandlung der bis zum Jahr 2012 vom Staat gewährten Objektkredite zu ihrem Restbuchwert in Darlehen. Dies schafft auf Ebene der Investitionen einen Wettbewerbsausgleich: Spitäler mit neuen, vom Staat mitfinanzierten Immobilien werden entsprechende Darlehen auferlegt bekommen, während Spitäler in alten, abgeschrieben Liegenschaften – wie etwa das Kinderspital Zürich – möglichst unbelastet ins neue System starten können.

Möglichst unbelastet ins neue System zu starten – das soll übergeordnet natürlich für alle Leistungserbringer gelten. Denn obwohl ein neues System stets grosse Herausforderungen mit sich bringt, soll es in erster Linie ja für Verbesserungen sorgen. Ich bin überzeugt, dass der Kanton Zürich mit dem Gesetzesentwurf zum SPFG eine gute Ausgangslage schafft. Und deshalb sehe ich auch zuversichtlich der zweifellos harten politischen Diskussion im Hinblick auf die Inkraftsetzung des revidierten KVG per 2012 entgegen.

Damit komme ich nun zu einem kurzen Fazit und Ausblick. Ich bin überzeugt, dass wir mit unserer Vorlage die besten Voraussetzungen schaffen, um die Chancen zu nutzen, die uns der Bund mit dem neuen KVG einräumt: Sichtbare und vergleichbare Qualität, Preise mit Qualitätsbezug und einen sinnvollen Wettbewerb unter den Spitälern im Interesse der Patientinnen und Patienten. Und genau darin muss unser zentrales Interesse letztlich liegen.