

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 18. März 2026

304. Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Gesundheitsleistungen (Projektauftrag, Stellenpläne)

I. Ausgangslage

Am 24. November 2024 haben die Stimmberechtigten den Änderungen vom 22. Dezember 2023 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) betreffend eine einheitliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen zugestimmt. Die Änderungen sehen vor, dass alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von den Krankenversicherern und Kantonen gemeinsam und nach demselben Verteilschlüssel finanziert werden. Bislang sind die Kosten unterschiedlich verteilt: Während die Kosten im stationären Bereich zu 55% durch die Kantone und zu 45% durch die Krankenversicherer getragen werden, gehen die Kosten im ambulanten Bereich vollständig zulasten der Krankenversicherer. Für die Langzeitpflege gilt zudem eine gesonderte Finanzierung. Mit der Einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) übernehmen die Kantone neu bei allen OKP-Leistungen mindestens 26,9% der Kosten, während die Krankenversicherer höchstens 73,1% der Kosten tragen.

Die Änderungen werden in zwei Etappen umgesetzt: Ab 2028 sollen ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden, ab 2032 auch die Pflegeleistungen. Während der Übergangsphase von 2028 bis 2032 (ohne Pflegeleistungen) gelten für die Kantone unterschiedliche Mindestprozentsätze für den Kantonsbeitrag, für den Kanton Zürich beträgt er mindestens 24,5%. Weil die Kantone neu auch ambulante Leistungen mitfinanzieren, erhalten sie mit der Änderung des KVG ausserdem verschiedene neue Steuerungsmöglichkeiten.

Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheitsdirektion das Amt für Gesundheit (AFG) mit den Vorbereitungsarbeiten zur Einführung der neuen Bestimmungen beauftragt. Das AFG hat hierzu das Projekt EFAS initiiert. Mit vorliegendem Beschluss werden der Projektauftrag erteilt und die für die Durchführung des Projekts notwendigen personellen Mittel bewilligt.

2. Kostenentwicklung und bisherige Finanzierung

Die Gesundheitskosten in der OKP steigen in der Schweiz und im Kanton Zürich seit Jahren kontinuierlich an. Die Gründe dafür sind im Wesentlichen das Bevölkerungswachstum hauptsächlich aufgrund der Zuwanderung, der demografische Wandel und die alternde Bevölkerung sowie der medizintechnologische Fortschritt. Insbesondere letzterer führt dazu, dass aus medizinischer Sicht immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden können, die früher einen stationären Aufenthalt erforderten, was zu einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich führt. Diese Ambulantisierung ist sinnvoll, weil ambulante Behandlungen aufgrund der kurzen Verweildauer ein geringeres Risiko für Infektionen durch Spitalkeime bergen und meistens kostengünstiger sind. Gleichzeitig führt sie – neben anderen Faktoren – dazu, dass die Kosten im ambulanten Bereich stärker als im stationären Bereich stiegen, wie die folgende Tabelle zeigt.

Gesundheitskosten pro Kopf (in Franken)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Veränderung 2016–2024
Stationär	818	793	773	821	808	813	804	826	866	+5,9%
Ambulant	1765	1811	1778	1865	1864	1975	2052	2107	2175	+23,2%

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, 2016–2024. Enthält die Bruttoleistungen pro versicherte Person in Franken pro Jahr für die Kostengruppen «Spital (stationär)», «Spital (ambulant, mit Medikamenten)», «Arzt (ambulant)» und «Medikamente (Arzt)», ganze Schweiz.

Trotz dieser Entwicklung wird das volle Potenzial der Ambulantisierung in der Schweiz bei Weitem nicht ausgeschöpft. Viele Eingriffe werden immer noch stationär durchgeführt, auch wenn dies medizinisch nicht notwendig ist. Insgesamt werden in der Schweiz rund 20% und damit deutlich weniger Eingriffe ambulant durchgeführt als in anderen europäischen Staaten (Deutschland und Österreich: 30%; Italien: 40%; Frankreich, Dänemark und Schweden: über 50%). Ein Grund dafür sind finanzielle Fehlanreize:

Die Gesundheitskosten werden neben der Franchise und dem Selbstbehalt der Patientinnen und Patienten im Wesentlichen durch die Krankenversicherer und die öffentliche Hand finanziert. Der jeweilige Kostenanteil ist aber je nach Bereich unterschiedlich: Im stationären Bereich trägt die öffentliche Hand mindestens 55% der Kosten, die übrigen 45% gehen zulasten der Krankenversicherer. Im ambulanten Bereich hingegen tragen die Krankenversicherer allein die vollen Kosten (nach Abzug der Franchise und des Selbstbezalts). Für Pflegeleistungen schliesslich vergüten die Krankenversicherer und die Pflegebedürftigen einen fixen Beitrag, die öffentliche Hand ist für die Finanzierung der Restkosten zuständig. Daraus resultiert bei den Pflegeleistungen schweizweit eine tatsächliche Kostenaufteilung von rund 54% zulasten der Krankenversicherer und rund 46% zulasten der öffentlichen Hand.

Die unterschiedlichen Kostenanteile führen dazu, dass die Kostenträger nicht gleichermassen vom erwähnten Kostenwachstum betroffen sind. Weil die Krankenversicherer die vollen Kosten im ambulanten Bereich tragen, müssen sie derzeit auch die Folgen des höheren Kostenwachstums im ambulanten Bereich allein tragen, während die Kosten in den gemeinsam mit der öffentlichen Hand finanzierten Bereichen weniger stark wachsen. Der relative Anteil der öffentlichen Hand an den Gesamtkosten nahm daher über die vergangenen Jahre stetig ab, wie die folgende Tabelle zeigt.

Anteil der öffentlichen Hand an den Gesamtkosten (in %)	2020	2021	2022	2023	2024
Kanton Zürich	23,2	22,9	21,9	22,0	21,9
Ø ganze Schweiz	24,0	23,2	22,6	22,4	22,4

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, 2024. Nettoleistungen, ohne Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim.

Hinzu kommt, dass im Kanton Zürich die Gesundheitskosten der öffentlichen Hand zwischen dem Kanton und den Gemeinden weiter aufgeteilt werden. Gemäss § 19 Abs. 2 des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (LS 813.20) geht der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand bei stationären Leistungen nach KVG vollumfassend zulasten des Kantons. Im Gegenzug tragen die Gemeinden gemäss § 9 Abs. 4 des Pflegegesetzes (LS 855.1) die vollständigen Restkosten bei Pflege-

leistungen (sogenannte «100/0-Regelung»). Letztere sind über die vergangenen rund zehn Jahre aufgrund der Alterung der Bevölkerung stärker gestiegen als die stationären Kosten, was in diesem Zeitraum zu einer Verlagerung der Kosten hin zu den Gemeinden führte, wie die folgende Tabelle zeigt.

Anteil des Kantons und der Gemeinden an den Kosten der öffentlichen Hand (in %)	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024
Kanton	69	79	77	73	72	71	68	68
Gemeinden	31	21	23	27	28	29	32	32

Quellen: Anteil Kanton: Eigene Angaben. Anteil Gemeinden: Statistisches Amt des Kantons Zürich, Aufwand Gemeinden im Gesundheitswesen, 2010–2024. Enthalten sind auch leistungsunabhängige Beiträge der Gemeinden wie beispielsweise für Neubauten. Diese Ausgaben sind keine Leistungen der OKP und daher nicht Teil von EFAS.

Zu beachten gilt es dabei, dass der Kostenanteil des Kantons infolge der Einführung der neuen Spitalfinanzierung und damit der «100/0-Regelung» 2012 auf einmal stark angestiegen ist, seither jedoch stetig abgenommen hat und sich heute ungefähr wieder auf dem Niveau von vor der neuen Spitalfinanzierung befindet. Insgesamt betrachtet hat die «100/0-Regelung» die Gemeinden demnach entlastet (vgl. RRB Nr. 65/2011). Weil sich jedoch die Entwicklung der vergangenen Jahre wegen der weiteren Alterung der Bevölkerung in den kommenden Jahren fortsetzen dürfte, wurden im Kantonsrat zwei Motionen eingereicht, die unter anderem eine Anpassung der gegenwärtigen Finanzierung in der Langzeitpflege fordern (KR-Nr. 312/2022 betreffend Überarbeitung Gesetzgebung Pflege und KR-Nr. 450/2022 betreffend Neues Pflege- und Betreuungsgesetz, Totalrevision Pflegegesetz). Beide Vorstösse hat der Kantonsrat dem Regierungsrat zur Ausarbeitung einer Vorlage mit Bericht und Antrag innert zweier Jahre überwiesen.

3. Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen

Die bisherige Finanzierung führt zu Fehlanreizen. Weil die Krankenversicherer die vollen Kosten im ambulanten Bereich einschliesslich der Nachsorge tragen, sie sich jedoch nur mit 45% an den Kosten im stationären Bereich beteiligen, müssen sie bei ambulanten Behandlungen unter Umständen mehr bezahlen als bei stationären Behandlungen. Daher ist es für sie aus finanzieller Sicht wenig attraktiv, die Ambulantisierung voranzutreiben, indem sie beispielsweise im Rahmen der Rechnungskontrolle die Kriterien Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit konsequent anwenden und nur Leistungen vergüten, die effizient erbracht werden. Dies führt zu vermeidbaren Mehrkosten. Mit EFAS beabsichtigt der Gesetzgeber, entsprechende Fehlanreize zu ver-

ringern. Indem Krankenversicherer und Kantone neu alle Leistungen gemeinsam und einheitlich finanzieren, liegt es in ihrem gemeinsamen Interesse, die jeweils medizinisch sinnvollste und günstigste Behandlung zu fördern. Dadurch soll das Wachstum bei den Gesundheitskosten insgesamt gedämpft werden. Ebenso soll durch die Verringerung von finanziellen Fehlanreizen die koordinierte Versorgung über die ganze Behandlungskette hinweg gefördert werden. Indem beispielsweise unnötige Spitaleintritte vermieden werden und ältere Personen möglichst lange zu Hause im gewohnten Umfeld bleiben können, statt in ein Pflegeheim zu ziehen, soll die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten verbessert werden.

Gleichzeitig sollen die Kosten der Ambulantisierung nicht allein zu Lasten der Krankenversicherer und damit der Prämienzahlenden gehen. Letztere sollen mit EFAS entlastet werden, indem der seit Jahren sinkende Anteil der öffentlichen Hand an den Nettokosten (d. h. nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt) wieder auf mindestens 26,9% angehoben wird und inskünftig alle Leistungen einheitlich und gemeinsam finanziert werden. Damit beteiligen sich die Kantone neu auch am stärkeren Kostenwachstum im ambulanten Bereich, was dazu führen soll, dass die Prämien weniger stark steigen. Für die Übergangsphase zwischen 2028 (ohne Pflegeleistungen) und 2032 (mit Pflegeleistungen) gelten kantonsspezifische Mindestprozentsätze für den Kostenbeitrag. Für den Kanton Zürich beträgt er wie erwähnt mindestens 24,5%.

Zu beachten gilt es, dass EFAS die Kosten in erster Linie zwischen den Kostenträgern neu verteilt. Einsparungen bei den Krankenversicherern bzw. Prämienzahlenden führen daher im selben Umfang zu Mehrausgaben bei den Kantonen. Gleichzeitig soll die Einführung von EFAS laut dem nationalen Gesetzgeber für das Gesamtsystem kostenneutral erfolgen, also insgesamt nicht zu steigenden Gesundheitskosten führen. Ebenso soll die Einführung auch für die Kantone und die Krankenversicherer insgesamt kostenneutral sein. Der Mindestanteil der Kantone an den Nettokosten wurde daher mit 26,9% ab 2032 so festgelegt, dass er dem durchschnittlichen Kostenanteil über die Jahre 2016 bis 2019 entspricht. Je nachdem, wie hoch der tatsächliche Kostenanteil der Kantone bei der Einführung im Jahr 2028 ist, kann es jedoch bei den einzelnen Kantonen zu Mehr- oder Minderbelastungen kommen.

Für den Kanton Zürich rechnet das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit einer Mehrbelastung von rund 194 Mio. Franken pro Jahr zu Lasten der öffentlichen Hand – und im Gegenzug mit einer entsprechenden Minderbelastung für die Krankenversicherer. Basis sind die Kostendaten 2024. Weil sich die bisherige Entwicklung fortsetzen wird, ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Mehrbelastung für den Kanton Zürich ab 2028 noch höher ausfallen wird. Zu beachten gilt es dabei, dass die

erwähnte Entlastung der Krankenversicherer dazu führen dürfte, dass die Prämien weniger stark ansteigen. Dadurch sinken folglich auch die kantonalen Beiträge in der individuellen Prämienverbilligung, voraussichtlich um rund 14 Mio. Franken pro Jahr ab 2028 und um rund 29 Mio. Franken pro Jahr ab 2032. Ausserdem wird der Einbezug der Pflegeleistungen ab 2032 die Beiträge der öffentlichen Hand wohl deutlich senken, weil sie neu nur noch 26,9% statt wie bisher rund 46% der Kosten trägt. Dazu liegen aber vom BAG noch keine genauen Angaben vor.

Weil sich die Kantone neu an den ambulanten Kosten beteiligen, erhalten sie mit EFAS neue Möglichkeiten, um das Angebot und damit auch die Kosten im ambulanten Bereich zu steuern. So sollen sie in Zukunft nicht nur die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten regeln, sondern auch bei anderen ambulanten Leistungserbringern – beispielsweise bei Apothekerinnen und Apothekern oder therapeutisch tätigen Berufsgruppen – einen Zulassungsstopp oder Kosten- und Qualitätsziele festlegen können. Zudem sollen sie von den Krankenversicherern Daten erhalten, die sie für die Spital- und Pflegeheimbettenplanung und die Aufsicht über die Spitäler und Arztpraxen nutzen können. Bei der Abrechnung von Leistungen sollen die Kantone künftig die Möglichkeit haben, auch im ambulanten Bereich eine Wohnsitzkontrolle durchzuführen, während die übrigen Kompetenzen im stationären Bereich in Bezug auf die Kontrolle der Leistungsaufträge und der Tarifierungsmodalitäten erhalten bleiben. Es ist vertieft zu prüfen, inwiefern die Kantone mit diesen neuen Möglichkeiten die Kosten tatsächlich wirksam steuern können. Aufgrund bisheriger Erfahrungen bestehen Zweifel daran. Die Kompetenzen der Krankenversicherer bleiben dagegen unverändert. Sie vereinbaren weiterhin Tarife mit den Leistungserbringern, kontrollieren die Rechnungen in Bezug auf die Kriterien Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit und können neue Versicherungsmodelle entwickeln.

Schliesslich wird mit EFAS auch die Finanzierung der Pflegeleistungen grundlegend überarbeitet. Wie erwähnt werden Pflegeleistungen ab 2032 ebenfalls einheitlich und gemeinsam durch die Krankenversicherer und die öffentliche Hand finanziert. Zudem werden Pflegeleistungen anstelle der bisherigen Restkostenfinanzierung auf der Grundlage einer neuen Struktur über einheitliche Tarife vergütet. Die Pflegebedürftigen leisten dabei weiterhin einen Beitrag an die Pflegekosten. Die neuen Tarife müssen die Kosten decken, die eine effiziente Pflege verursacht. Dadurch sollen der Wettbewerb unter den Leistungserbringern gefördert und letztlich die Kosten gesenkt werden.

4. Vollzug im Kanton Zürich

Das vom AFG initiierte Projekt EFAS hat zum Ziel, die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen, um die neuen Bestimmungen fristgerecht und gesetzeskonform für den Kanton Zürich umzusetzen. Dies umfasst im Wesentlichen zwei Meilensteine:

- Ab 2028: Einheitliche Finanzierung aller ambulanten und stationären Leistungen der OKP gemeinsam mit den Krankenversicherern, mit Ausnahme von Pflegeleistungen.
- Ab 2032: Einheitliche Finanzierung aller Leistungen der OKP einschliesslich Pflegeleistungen.

Zur Erreichung dieser Zielsetzung wurde das Projekt in acht Teilprojekte gegliedert, die gleichzeitig auch die zentralen Fragestellungen und Arbeitspakete aufzeigen, die zu bearbeiten sind:

- *Teilprojekt 1, Kompetenz- und Kostenteilung zwischen Kanton und Gemeinden:* In diesem Teilprojekt soll geklärt werden, wie der Anteil der öffentlichen Hand an den Gesundheitskosten unter EFAS neu zwischen dem Kanton Zürich und den Zürcher Gemeinden verteilt werden soll. Mit der bestehenden «100/0-Regelung» würden die Gemeinden mit Einführung von EFAS ab 2032 stark entlastet, weil sie lediglich 26,9% der Pflegekosten tragen müssten, während der Kanton den gesamten Anteil der öffentlichen Hand bei den stationären und ambulanten Leistungen allein übernehmen müsste. Es ist daher gemeinsam mit den Gemeinden ein neuer Kostenteiler zu definieren, der eine angemessene Verteilung der Kosten sicherstellt.
- *Teilprojekt 2, individuelle Prämienverbilligung:* EFAS hat wie erwähnt unter anderem zum Ziel, die Prämienzahlenden zu entlasten. Mögliche Minderbelastungen würden dazu führen, dass die Prämienlast weniger stark steigt. Dadurch sinken auch die Beiträge der Individuellen Prämienverbilligung, denn sie werden prozentual zur Prämienlast berechnet. Die Auswirkungen auf die Kantonsfinanzen sowie mögliche abgeleitete Massnahmen sollen in diesem Teilprojekt geprüft werden.
- *Teilprojekt 3, Kantonsbeitrag und Zahlungsfluss:* Der für die Kantone vorgesehene Kostenanteil von 26,9% ist ein Mindestbeitrag. Gemäss Bundesrecht legen die Kantone den tatsächlichen Prozentsatz für den Kantonsbeitrag jährlich fest. Dies ist in diesem Teilprojekt zu formalisieren. Darüber hinaus muss der neue Zahlungsfluss zwischen den Krankenversicherern, dem Kanton sowie der gemäss Bundesrecht involvierten gemeinsamen Einrichtung KVG definiert und implementiert werden. Dabei gilt es zu klären, wer wem welche Beiträge entrichtet und wie die Zahlungsflüsse ausgestaltet werden (vgl. Teilprojekt 4). Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass auch die Rech-

nungsverarbeitung für Leistungen, die vor 2028 erbracht wurden (beispielsweise Rückabwicklungen oder Nachfakturen), weiterhin nach dem alten System möglich ist.

- *Teilprojekt 4, Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle:* Auch unter EFAS müssen die Kantone bei der Leistungsabrechnung sicherstellen, dass die Voraussetzungen zur Kostenübernahme erfüllt sind. Dazu gehören insbesondere eine korrekte Rechnungstellung und ein Wohnsitz im jeweiligen Kanton. In diesem Teilprojekt soll geklärt werden, wie die Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle inskünftig sichergestellt werden kann und welches formalrechtliche Verfahren im Einzelfall zum Zuge kommt, wenn die Zahlungspflicht nicht als gegeben erachtet wird. Darüber hinaus sind die Krankenversicherer verpflichtet, den Kantonen die für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach KVG erforderlichen Daten weiterzugeben, namentlich zur Aufsicht über die Leistungserbringer, zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser sowie zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte. Auch hier gilt es, den Datenfluss mit den Krankenversicherern festzulegen und zu implementieren.
- *Teilprojekt 5, Pflege:* In diesem Teilprojekt soll geprüft werden, welche möglichen Anpassungen auf kantonaler Ebene die Einführung der neuen Pflegetarifstrukturen nach sich zieht. Unter anderem müssen bereits vor 2032 voraussichtlich auf kantonaler Ebene erstmalig die neuen Tarife geprüft und dem Regierungsrat zur Genehmigung unterbreitet werden. Ebenso sieht der Bund Vorgaben für die einheitliche Ermittlung der Kostenrechnung und Leistungsstatistik für ambulante Pflegeleistungen vor. Dabei ist stets auch die mögliche neue Kompetenz- und Kostenteilung zwischen Kanton und Gemeinden zu berücksichtigen (vgl. Teilprojekt 1).
- *Teilprojekt 6, zusätzliche Steuerungselemente:* Die Kantone erhalten mit EFAS wie erwähnt neue Steuerungsmöglichkeiten. In diesem Teilprojekt sollen mögliche Steuerungselemente geprüft und die Grundlagen zu deren Anwendung geschaffen werden.
- *Teilprojekt 7, kantonale Rechtsetzung:* Dieses Teilprojekt dient dazu, die für den Vollzug der neuen Bestimmungen erforderlichen Anpassungen des kantonalen Rechts – Gesetze und Ausführungsverordnungen – vorzubereiten. Dabei sind insbesondere die bundesrechtlichen Ausführungsbestimmungen zu beachten, die voraussichtlich Anfang 2027 vorliegen werden. Im Rahmen dieses Teilprojekts sollen auch die beiden erwähnten Motionen KR-Nrn. 312/2022 und 450/2022 bearbeitet werden.

- *Teilprojekt 8, IT-Beschaffung(en)*: Um einen frist- und sachgerechten Zahlungsfluss sowie die Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle sicherstellen zu können (vgl. Teilprojekte 3 und 4), wird eine neue IT-Infrastruktur benötigt. Diese soll in diesem Teilprojekt beschafft und entwickelt werden.

Da alle Kantone mit denselben Fragestellungen konfrontiert sind, ist es sinnvoll, Lösungen so weit wie möglich im Verbund mit anderen Kantonen bzw. über die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren zu suchen. Zudem sind die betroffenen Partner der Gesundheitsdirektion – insbesondere die kantonalen Gemeinde- und Leistungserbringerverbände, die Versichererverbände sowie die Finanzdirektion – eng einzubeziehen.

5. Personal- und Sachmittel

Für die Erledigung der zuvor geschilderten Projektaufgaben werden zusätzliche Personal- und Sachmittel benötigt, weil die bestehenden Mittel allein nicht ausreichen. Einerseits wird zusätzliches Fachwissen in den Bereichen Finanzierung und Tarifierung (Teilprojekte 1–5), Recht (Teilprojekte 4 und 7), Versorgungsplanung (Teilprojekte 1, 5 und 6), Datenanalyse (Teilprojekte 4–6) sowie Rechnungswesen (Teilprojekte 3 und 4) benötigt. Andererseits bedarf es übergeordnet eines professionellen Projektmanagements, damit die zahlreichen Arbeiten frist- und sachgerecht sowie koordiniert unter Berücksichtigung der zahlreichen komplexen Abhängigkeiten abgearbeitet werden. Der Grossteil der Arbeiten fällt im AFG an. Das Generalsekretariat der Gesundheitsdirektion ist jedoch ebenfalls in verschiedene Projektarbeiten involviert.

Sollte der Kanton Zürich ab 2028 bzw. ab 2032 nicht in der Lage sein, die neuen Bestimmungen umzusetzen, hätte dies weitreichende Konsequenzen für die gesamte Gesundheitsversorgung im Kanton. Dabei ist der im Bundesrecht vorgesehene Zeitplan äusserst knapp bemessen, zumal die Ausführungsbestimmungen des Bundes und damit die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Kantone voraussichtlich erst Anfang 2027 zur Verfügung stehen. Der Mittelbedarf besteht daher unmittelbar und richtet sich nach dem weiteren Projektzeitplan:

- Als Sofortmassnahme wurden im AFG bereits zwei auf ein Jahr befristete Stellen ausserhalb des Stellenplans geschaffen, die mit Wirkung ab 1. April 2026 für die Gesamtdauer des Projekts befristet bis 31. Dezember 2032 in den Stellenplan des Amtes für Gesundheit aufzunehmen sind:

Stellen	Funktion/Richtposition	Klasse VVO
1,0	Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in mbA (Projektleitung)	21
1,0	Juristische/r Sekretär/in	20

- Mit Wirkung ab 1. Januar 2027 sind sodann folgende zusätzlichen Stellen befristet bis 31. Dezember 2032 in den Stellenplan des Amtes für Gesundheit aufzunehmen:

Stellen	Funktion/Richtposition	Klasse VVO
1,0	Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in (Betriebswirtschafter/in, insbesondere Finanzen und Zahlungsflüsse)	20
1,0	Juristische/r Sekretär/in	20
0,6	Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in (Versorgungsplanung, insbesondere Steuerungsinstrumente und Langzeitpflege)	20
0,5	Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in (Datenanalyse)	20

- Mit Wirkung ab 1. Januar 2027 ist schliesslich folgende zusätzliche Stelle befristet bis 31. Dezember 2032 in den Stellenplan des Generalsekretariats der Gesundheitsdirektion aufzunehmen:

Stellen	Funktion/Richtposition	Klasse VVO
0,8	Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in (Mitarbeiter/in Finanzen, insbesondere Prozesse Rechnungswesen)	20

Bei allen Stellen handelt es sich um eine Aufstockung bestehender Stellen.

Der genannte Bedarf deckt die Mittel für die Durchführung des Projekts EFAS ab. Der Mittelbedarf für die Erledigung der dauerhaften Vollzugsaufgaben in Verbindung mit EFAS wird zu einem späteren Zeitpunkt geprüft. Die Schaffung zusätzlich benötigter Mittel werden dem Regierungsrat gegebenenfalls zur Bewilligung unterbreitet. Auch nicht eingerechnet sind Personal- und Sachmittel, die für das Teilprojekt 8 IT-Beschaffung benötigt werden. Hier muss zuerst geklärt werden, ob eine eigene Lösung entwickelt oder Lizenzen bestehender Lösungen eingekauft werden. Die entsprechenden Mittel müssen zu einem späteren Zeitpunkt durch die dafür zuständige Stelle bewilligt werden.

Die Summe der neben den personellen Mitteln benötigten Sachmittel liegt unter 1 Mio. Franken. Die Bewilligung der entsprechenden Ausgabe fällt somit in die Zuständigkeit der Direktion.

6. Finanzielle Auswirkungen

Der Lohnaufwand für die zusätzlichen Stellen des AFG beträgt 2026 rund Fr. 290 000 und von 2027 bis und mit 2032 rund Fr. 960 000 pro Jahr (jeweils einschliesslich Lohnneben- und Arbeitsplatzkosten). Er geht zulasten der Leistungsgruppe Nr. 6010, Amt für Gesundheit. Der Lohnaufwand für die zusätzliche Stelle im Generalsekretariat der Gesundheitsdirektion beträgt von 2027 bis und mit 2032 rund Fr. 150 000 pro Jahr (ebenfalls einschliesslich Lohnneben- und Arbeitsplatzkosten). Er fällt in der Leistungsgruppe Nr. 6000, Generalsekretariat, an. Keine der

erwähnten Mittel sind im Konsolidierten Entwicklungs- und Finanzplan (KEF) 2026–2029 eingestellt. Die für das Jahr 2026 benötigten Mittel werden kompensiert. Ab 2027 ist eine Kompensation nicht mehr möglich. Alle ab dann benötigten Mittel sind daher im Budgetentwurf 2027 und in den KEF 2027–2030 und folgende einzustellen.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Gesundheitsdirektion wird beauftragt, das Projekt zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Gesundheitsleistungen im Kanton Zürich gemäss den Erwägungen durchzuführen und dem Regierungsrat Antrag für die erforderlichen Rechtsänderungen zu stellen.

II. Der Stellenplan des Generalsekretariats der Gesundheitsdirektion wird ab 1. Januar 2027 bis 31. Dezember 2032 mit folgenden befristeten Stellen ergänzt:

Stellen	Richtposition	Klasse VVO
0,8	Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in	20

III. Der Stellenplan des Amtes für Gesundheit wird mit folgenden befristeten Stellen ergänzt:

ab 1. April 2026 bis 31. Dezember 2032:

Stellen	Richtposition	Klasse VVO
1,0	Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in mbA	21
1,0	Juristische/r Sekretär/in	20

ab 1. Januar 2027 bis 31. Dezember 2032:

Stellen	Richtposition	Klasse VVO
2,1	Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in	20
1,0	Juristische/r Sekretär/in	20

IV. Mitteilung an die Finanzdirektion und die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:

Kathrin Arioli