

GDK
CDS
CDS

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
Conférence des directeurs cantonaux de la santé
Conferenza dei direttori cantonali della sanità

Grundzüge des Leitfadens zur leistungsorientierten Spitalplanung

GDK-Info-Veranstaltung 01.09.2005

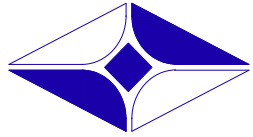
Roland Unternährer



GDK
CDS
CDS

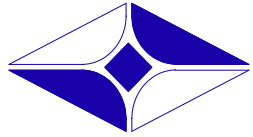
Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
Conférence des directeurs cantonaux de la santé
Conferenza dei direttori cantonali della sanità





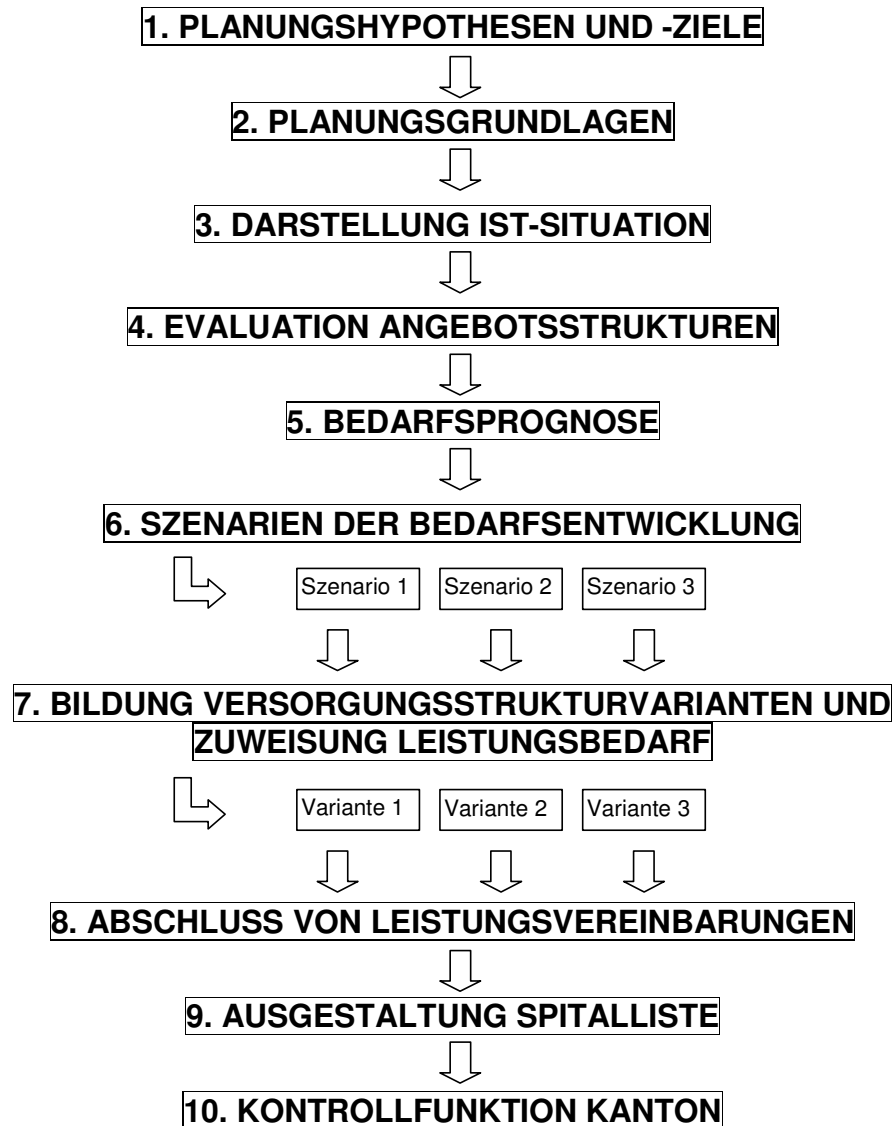
Aufbau Leitfaden

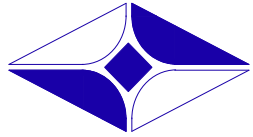
- 30 Leitsätze
- Grundlagen
- Planungsmodell mit 10 Planungsetappen
- Bibliographie
- Stellungnahmen der Kantone (N=13)
- Anhang



Definition leistungsorientierte Spitalplanung

- Output-orientiert, Fokus auf erbrachten Leistungen
- Verbindung zwischen Output und Input
- Zweck: bedarfsgerechte Versorgung & Steuerungsmöglichkeiten sicherstellen, Trennung zwischen op., strat. + polit. Ebene

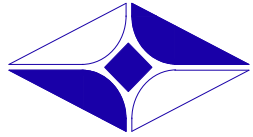




1. Planungshypothesen und -ziele

Was **will** ich mit der Planung erreichen?

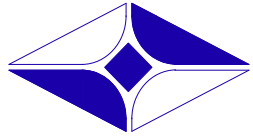
- Bestimmung Planungsziele (basierend auf Planungshypothesen)
- Aufzeigen von Zielkonflikten
- Prioritätensetzung !!!
- Von Vorteil: politischer Rückhalt !!!



2. Planungsgrundlagen

Wie **erhebe** ich die IST-Situation?

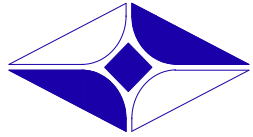
- Datenquellen
- Datenverfügbarkeit: Vereinbarung GDK/BFS
- Datenqualität: Finanzierungsrelevanz
- Datenauswertung: patienten-, leistungs-, leistungserbringer- oder indikatorenzentriert



3. Darstellung IST-Situation

Wie **strukturiere** ich die IST-Situation?

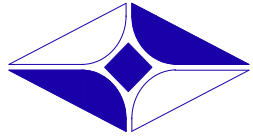
- Wahl des Auswertungssystems
- Horizontale Abstufung: Fachrichtungen
- Vertikale Abstufung: Versorgungsstufen
- Ermittlung Versorgungsgebiete (durch Patientenströme)



4. Evaluation Angebotsstrukturen

Wie **bewerte** ich die IST-Situation?

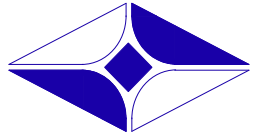
- Kriterien: Bedarfsgerechtigkeit + Eignung
Behandlungssetting & Behandlungspfade
 - Substitution mit amb.
Versorgungsstrukturen
 - Verbesserung der Zusammenarbeit
 - Alternative stationäre
Versorgungsstrukturen



5. Bedarfsprognosen

Wie **prognostiziere** ich den zukünftigen Bedarf?

- Basierend auf strukturierter IST-Situation
- Detaillierungsgrad
- Bedarfsvariablen
 - Med.-techn. Entwicklungen
 - Demograf. Entwicklungen
 - Epidemiologische Entwicklungen
 - Aufenthaltsdauer & Hospitalisationsrate



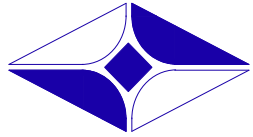
6. Szenarien der Bedarfsentwicklung

Wie **entwickle** ich Bedarfszenarien?

- Zielvorgaben (Etappe 1)
 - Auswertungssystem (Etappe 3)
 - Resultate der Strukturanalysen (Etappe 4)
 - Gewichtung der Bedarfsvariablen (Etappe 5)
- ↳ Verschiedene Bedarfsprognosemodelle



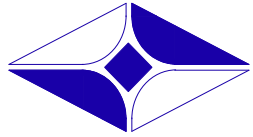
Fachabteilung X Szenario Y	Modul (Versorgungsstufe)	Diagnosegruppen	Bedarfsanalyse				Strukturanalysen			SOLL-modul	Veränderung
			Med.-techn. Entwicklung	Demografie	Epidemiologie	Hospitalisationsrate	Verlagerung ambulant	Vernetzung (Verkürzung stationär. Aufenthalt)	Andere Abteilung		
Fachabteilung X Total 4200 Fälle	IST-MODUL 1 Grundversorgung Total 1500 Fälle	DRG A: 200								175	-25
		DRG B: 100								100	-
		DRG C: 350								380	+ 30
		DRG D: 275								300	+ 25
		DRG E: 300							230	- 70	
		DRG F: 125							160	+ 35	
		DRG G: 150							190	+ 40	
		Total							Total	+ 45	
	IST-MODUL 2 Spezialisierte Versorgung Total 1000 Fälle	DRG A DRG B DRG C DRG D DRG E DRG F DRG G								Total	
	IST-Modul 3 Hochspezialisierte Versorgung Total 440 Fälle	DRG A DRG B DRG C DRG D DRG E DRG F DRG G								Total	
TOTAL	70% der Fälle										
Datenquellen + Instrumente				BFS-Prognose	Aktuelle Inanspruchnahme	Benchmarking	Benchmarking	Fehlbelegungsanalyse	Versorgungskonzepte /Behandlungspfade		



7. Versorgungsstrukturvarianten & Zuweisung Leistungsbedarf (I)

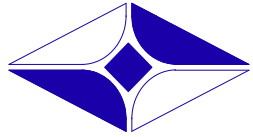
- Bildung von Allokationskriterien:

Allokationskriterien	Beispiele
Medizinische Kriterien	Mindestfallzahlen, Zugangszeiten
Ökonomische Kriterien	Skaleneffekte
Politische und geografische Kriterien	Bezirke, wohnortnahe Versorgung, Zugangszeiten
Demografische Kriterien	Altersstruktur, Tourismus



7. Versorgungsstrukturvarianten & Zuweisung Leistungsbedarf (II)

- Bildung von Versorgungsstrukturvarianten auf Grund von Patientenherkunft in den SOLL-Leistungsmodulen und Gewichtung der Allokationskriterien
- Evaluation der Versorgungsstrukturvarianten anhand von Bewertungskriterien (Betriebswirtschaftl., Qualität, räumliche Erreichbarkeit, volkswirt. Kostenfolgen)



8. Abschluss von Leistungsvereinbarungen (I)

1. Fachtechnisches Attest

Betriebsbewilligung und Zulassung im
Zusatzversicherungsbereich

2. Leistungsauftrag

Grobe Aufstellung nach medizinischen
Spezialitäten auf der Spitalliste mit Hinweis auf
eine vorhandene Leistungsvereinbarung

3. Leistungsvereinbarung

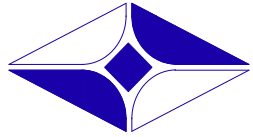
Konkretisierung des Leistungsauftrags, nicht auf
der Spitalliste aufgeführt

3a. Rahmenvertrag

Detaillierter Rahmenvertrag (inkl. Subspezialitäten,
evtl. inkl. Positiv- und Negativliste von
Behandlungen, inkl. Versorgungsstufen) für 3 - 5
Jahre

3b. Jahresvertrag

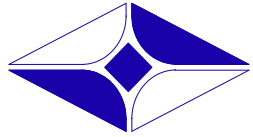
Mengengerüst und Preise für die im
Rahmenvertrag definierten Leistungen (inkl.
gemeinwirtschaftliche Leistungen) und daraus
abgeleitet die geplante Kontraktsumme



8. Abschluss von Leistungsvereinbarungen (II)

Wie **sichere** ich die Kapazitäten?

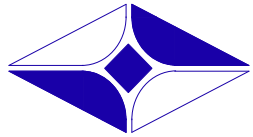
- Bildung von Kriterien für Abschluss von Leistungsvereinbarungen (Muss- & Zuschlagskriterien)
- Ausgestaltung Rahmen- und Leistungsverträge
- Besonderer Fokus auf MONITORING



9. Ausgestaltung Spitalliste

Wie **gestalte** ich die Spitalliste?

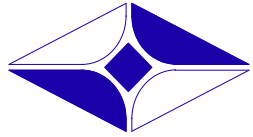
- Kantone Rolle Leistungseinkäufer
- Keine Ressourcen auf Spitalliste wie bis anhin (Input), sondern Leistungsspektren (OUTPUT)
- Leistungsvereinbarungen können **NICHT** Bestandteil der Spitalliste sein



10. Kontrollfunktion Kanton

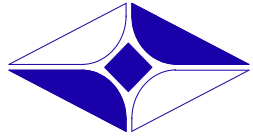
Wie „überwache“ ich die Leistungserbringer?

- Mehr Freiheit Leistungserbringer, intensivere vertragliche Beziehung, mehr Kontrollelemente (Monitoring)
 - Ein Instrument: BENCHMARKING (sowohl Kosten-, Leistungs- und Qualitäts-)
 - Skizzierung Anforderungen Benchmarking
 - Skizzierung Ausgestaltung Benchmarking-Modells (wirtschaftliches)
-



Limiten/Schwächen

- Qualitätsaspekte kommen im Planungsmodell zu kurz
- (Viele) Detailfragen bleiben unbeantwortet
- Komplexität: AUFWAND – ERTRAG !!!
- Quasi-Vorbedingung: Einführung leistungsbez. Finanzierungssystem (bestenfalls SwissDRG)



Fazit

- Erstes Planungsmodell zur leistungsorientierten Spitalplanung wurde erarbeitet
- Planung & Finanzierung sind eng verbunden
- Vielfalt von Lösungsansätzen in Kantonen
- Vernünftiger Umgang mit Komplexität (AUFWAND – ERTRAG) !!!