



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

92.43/RU

28.01.2004

Mandat und Arbeitsweise des Arbeitsausschusses „leistungsorientierte Spitalplanung“

Ausgangslage

Die Art der Finanzierung von stationären Leistungen beeinflusst die Planung derselben und umgekehrt. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung muss die Spitalplanung deshalb zum jeweiligen Finanzierungssystem kompatibel sein. Bis vor wenigen Jahren war die Pflagepauschale noch die einzige Abgeltungsform in den Schweizer Spitälern: entsprechend stand bisher bei kantonalen Spitalplanungen der Bettenbedarf im Vordergrund. Der nunmehr gescheiterte Revisionsentwurf zum KVG sah mit der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen den Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung (Art. 49.1) vor. Wir gehen davon aus, dass dieser Paradigmenwechsel zumindest im akutstationären Bereich auch unabhängig der Revision der Gesetzesgrundlagen in den nächsten Jahren vollzogen wird (Übergang zu leistungsbezogenen Abgeltungssystemen wie Abteilungsfallpauschalen, mipp, APDRG, SwissDRG). Daraus folgt, dass sich auch die Zulassung der Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung enger an der Leistungserbringung orientieren wird. Die Spitalplanung ist daher vermehrt gefordert, die Leistungsebene der Spitäler zu berücksichtigen und dazu entsprechende Planungsinstrumente zu entwickeln. Beispiele aus dem Ausland zeigen, dass die Einführung der Fallfinanzierung im stationären Bereich tiefgreifende Veränderungen in der Versorgungslandschaft bewirkt. Auslöser dafür ist die engere Bindung der Planung nicht nur an einen abstrakten Bedarf, sondern – über neue Benchmark- und Leistungsmessinstrumente – auch an die Effizienz, die Kostenstruktur und das Leistungsspektrum der Leistungserbringer. Eine Anpassung der Planungsinstrumente an die neuen Begebenheiten erscheint zwingend, wollen die Kantone ihren Einfluss auf die stationäre Gesundheitsversorgung nicht verlieren. Die Konstitution eines Arbeitsausschusses „leistungsorientierte Spitalplanung“ auf Ebene der GDK ist deshalb angezeigt und wurde von der Kommission „Vollzug KVG“ an ihrer Sitzung vom 16.10.2003 genehmigt.

Ziele/Zweck

Die Einführung eines leistungsorientierten Planungsansatzes ist mit folgenden Zielen verbunden:

1. Optimierung des Mitteleinsatzes in der stationären Akutversorgung durch Herstellung der Verbindung zwischen Output (medizinische Leistung) und Input (eingesetzte Ressourcen);
2. Optimierung der Versorgungslandschaft durch detailliertere Planung einzelner Versorgungsgebiete mit Hilfe von leistungsorientierten Planungsinstrumenten;
3. Gewährleistung von Steuerungsmöglichkeiten seitens der Politik, um ungewünschte Entwicklungen in der stationären Gesundheitsversorgung auch nach der Einführung von leistungsbezogenen Abgeltungsformen korrigieren zu können;
4. Gewährleistung der Trennung zwischen operativer, strategischer und politischer Ebene im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung durch die Einführung von leistungsorientierten Planungsinstrumenten.



Auftrag

Der Arbeitsausschuss „leistungsorientierte Spitalplanung“ verfolgt folgende Ziele und Aufgaben:

1. Förderung des Know-how im Bereiche der leistungsorientierten Spitalplanung in den Kantonen durch gegenseitige Information über die kantonalen Projekte: Die Kantonsvertreterinnen und –vertreter sind angehalten, dem Arbeitsausschuss im Turnus über ausgewählte Aspekte ihrer kantonalen Aktivitäten im Bereich der Leistungsplanung zu berichten.
2. Bestandesaufnahme und Aufbereitung von internationalen Erfahrungen im Bereich der leistungsorientierten Spitalplanung: Internationale Publikationen zum Thema Leistungsplanung werden grob durchkämmt. Interessante Aspekte werden in einem Dokument zusammengefasst und dem Arbeitsausschuss zur Diskussion vorgelegt.
3. Ausarbeitung von Empfehlungen für die leistungsorientierte Spitalplanung: Der Arbeitsausschuss postuliert wo immer möglich Mindestanforderungen an eine Leistungsplanung. Empfehlungen im Sinne von Leitplanken können folgende Bereiche umfassen:
 - Beschreibung der IST-Situation auf Ebene der medizinischen Leistungen: Fragen bezüglich Detaillierungsgrad und Exaktheit der Leistungsbeschreibung stehen im Vordergrund. Dabei sind Probleme rund um die Definition der Datengrundlagen und die Datenverfügbarkeit zu lösen.
 - Prospektive Analyse des zukünftigen Bedarfs und kritische Bewertung der Angebotsstrukturen.
 - Modalitäten rund um die Vergabe von Leistungsaufträgen und offene Punkte zu deren Inhalt.
4. Sicherstellung der Koordination mit den Bundesämtern für Gesundheit und Statistik: Zum einen wird die Koordination und der Informationsaustausch mit den Arbeiten rund um die Erfüllung der Postulate der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) sichergestellt¹. Zum anderen können Fragen betreffend die Verfügbarkeit, die Aufbereitung und den Schutz von medizinischen Daten mit den zuständigen Stellen des Bundesamtes für Statistik diskutiert werden.

Zusammensetzung

Der Arbeitsausschuss setzt sich aus maximal 12 Mitgliedern aus Kantonen und Vertreterinnen und Vertretern der Bundesämter für Gesundheit und Statistik zusammen.

Ressourcen und Termine

Der Arbeitsausschuss trifft sich im Jahr 2004 zu vier halbtägigen Sitzungen. Das Sekretariat wird vom Zentralsekretariat der GDK geführt. Von den Kantonsvertreterinnen und –vertreter wird eine aktive Mitarbeit erwartet, welche insbesondere die Präsentation der eigenen Planungsanstrengungen, -überlegungen und –erfahrungen beinhaltet.



¹ Verstärkung der interkantonalen Spitalplanung, Postulat der GPK-S (02.3175) und Vorbereitung des Überganges zur Leistungsplanung, Postulat der GPK-S (02.3176).