



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

Juli 2005

Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung

ANHANG

1.1	Beispiel Kt. Aargau: Leistungs- und Kostencontrolling	2
1.2	Beispiel Kt. Aargau: Rahmenvertrag	4
1.3	Beispiel Kt. Schwyz: Jahresvertrag	8
1.4	Beispiel Kt. Bern: Definition hochspezialisierte Medizin	20
1.5	Beispiel Kt. Waadt: Definition universitäre Medizin	23

1.1 Beispiel Kt. Aargau: Leistungs- und Kostencontrolling¹

Leistungscontrolling		
Controllinggrösse	Datenherkunft	Periodizität
Anzahl Patientenaustritte	<i>Monatsabrechnung: Fachbereichspauschalen und Sockelbeitrag</i>	monatlich
a) nach Fachbereich		monatlich
b) nach Fachbereich und Versicherungsklasse		monatlich
<p>Diese Messgrösse bildet je Fachbereich die Basis für die Verrechnung der Fachbereichspauschalen. Die Differenzierung nach Versicherungsklassen ist seit der Entrichtung des Sockelbeitrages bei Halbprivat- und Privatversicherten sowieso notwendig. Damit sind auch Trendänderungen je Fachbereich (z.B. Verlagerungen von privatversicherten zu grundversicherten Patienten) ersichtlich.</p>		
c) nach Herkunft je Fachbereich		jährlich
<p>Im kantonalen Vergleich bildet die Patientenherkunft ein wichtiges Controlling-Instrument für die Beurteilung der Erfüllung des Versorgungsauftrages. Kantonal gesehen interessieren vor allem die Patientenströme zwischen den einzelnen Spitalregionen, die auch für die Spitalleitung von Interesse sein dürften. Die Unterscheidung nach Fachbereichen bringt die notwendigen Zusatzinformationen, welche bei überdurchschnittlichen Abweichungen wichtig sein können (Beispiel : erfolgt eine Abwanderung in eine andere Spitalregion bei chirurgischen oder medizinischen Patientinnen/Patienten?)</p>		
Überweisung von Patienten an andere Spitäler und Überweisungen von anderen Spitalern	<i>Monatsabrechnung: Fachbereichspauschalen</i>	monatlich
<p>Diese Controllinggrösse soll Hinweise darauf liefern, ob die Versorgungspflicht durch das Spital wahrgenommen wird, sobald die diagnosebezogenen Pauschalen eingeführt worden sind.</p>		
Ausserkantonale Hospitalisationen	<i>Statistik des Kantonsärztlichen Dienstes</i>	quartalsweise
<p>Diese Angaben dienen zur Verifizierung der vertraglich vereinbarten Preisen und Mengen von Spitalabkommen mit andern Spitalern und zur Überprüfung der Versorgung der aargauer Patientinnen und Patienten mit Leistungen, welche innerkantonal nicht angeboten werden.</p>		
Ambulante Behandlungen		
a) Anzahl Konsultationen je Disziplin	<i>Jährliche Kennzahlenerhebung</i>	jährlich
<p>Die Entwicklung der Leistungszahlen des ambulanten Bereichs ist vor allem im Vergleich zur Entwicklung des stationären Bereichs interessant.</p>		
Anzahl Pfl egetage		jährlich
a) nach Fachbereich	<i>Jährliche Kennzahlenerhebung</i>	

¹ Siehe Gesundheitsdepartement Kanton Aargau, 2002.



Controllinggrösse	Datenherkunft	Periodizität
b) nach Versicherungs-kategorie Im Hinblick auf die durchschnittliche Bettenbelegung sowie auf die Bestimmung der Abteilungs- und Fachbereichspauschalen. Wichtig ist diese Grösse für Langzeitpflegefälle.	Jährlich Kennzahlenerhebung	jährlich
Bettenbelegung		jährlich
a) nach Fachbereich Im Zusammenhang mit der Globalbudgetierung ist die Bettenbelegung vor allem in Verbindung mit anderen Messgrössen (Anzahl Austritte, Pflage-tage, Ueberweisungen, Uebertritte von ambulant zu stationär, vor allem aber mit der mittleren Aufenthaltsdauer) relevant.	Jährliche Kennzahlenerhebung	

Kostencontrolling		
Controllinggrösse	Datenherkunft	Periodizität
Qualität der Kostenrechnung		jährlich
Hier geht es vor allem um eine qualitative Beurteilung sowie um die Vergleichbarkeit.		
Kostencontrolling		
a) Kostenrechnung Für verschiedene Verwendungszwecke sind verschiedene Rechnungen zu führen. Für die jährlichen Taxberechnungen, Betriebsvergleiche usw. werden diese Daten benötigt. Dem Gesundheitsdepartement wird ein detaillierter Einblick in die Kostenrechnung gewährt. Gründe: - Grundlage für Taxberechnungen/-verhandlungen - Grundlage für Staatsbeiträge (Fall-/Abteilungspauschalen) - Grundlage für Vollkostenrechnung (Betriebsvergleiche)	detaillierte Kostenrechnung	jährlich
b) Nachweis Unterhalt/Reparaturen Dies Controllinggrösse soll sicherstellen, dass nicht auf Kosten des Unterhalts eine Politik der kurzfristigen Gewinnoptimierung verfolgt wird. Deshalb muss die Verwendung der Mittel für die Kontogruppe 43 (Unterhalt und Reparaturen der Immobilien und Motilien klar) ersichtlich sein.	Kostenrechnung	jährlich
c) Nachweis Investitionen wie b): Es muss transparent sein, in welchen Bereiche investiert wurde. Werden Investitionen nicht benötigt, dürfen diese nicht zu einem verbesserten Betriebsergebnis herbeigezogen werden. Vielmehr sind mit den nicht benötigten Investitionsmittel Rückstellungen zu bilden.	Kostenrechnung	jährlich
d) Ausweis Fondsguthaben Gemäss Rahmenvertrag muss das Spital mit ihm zustehenden Betriebsgewinnen einen Reservefonds aufbauen. Der Stand dieses Fonds ist auszuweisen.	Fondsabrechnung	jährlich
e) Ausweis Rückstellungen Die Rückstellungen sind jährlich auszuweisen.	Aufstellung Spital	jährlich



1.2 Beispiel Kt. Aargau: Rahmenvertrag

Rahmenvertrag für die leistungsbezogene Finanzierung im Jahr 2004

zwischen dem Kanton Aargau vertreten durch das Gesundheitsdepartement und der Spital Muster AG (nachfolgend Spital genannt)

für die Behandlung und Pflege von Akutpatientinnen und -patienten

Präambel

Am 1. Januar 2004 tritt das neue Spitalgesetz vom 25. Februar 2003 in Kraft. Damit verbunden ist der Übergang zur leistungsbezogenen Finanzierung der Spitäler auf der Grundlage von mehrjährigen Rahmen- und einjährigen Leistungsverträgen.

Der Übergang zur leistungsbezogenen Finanzierung soll dabei in zwei Schritten erfolgen: Für das Übergangsjahr 2004 in Form eines einjährigen Rahmen- und Leistungsvertrags, der sich auf die unabdingbar erforderlichen Regelungen beschränkt, ab den Jahren 2005 ff in Form von langfristigen Rahmen- und Leistungsverträgen, die im Verlauf des Jahres 2004 auf der Grundlage der voraussichtlich am 1. April 2004 in Kraft tretenden Spitalverordnung und im Zusammenwirken mit den Spitalern erarbeitet und abgeschlossen werden.

1. Zielsetzung

1.1

Sicherstellung der bedarfsgerechten, kostengünstigen stationären und ambulanten medizinischen Grundversorgung allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten im Rahmen des Leistungsauftrags.

1.2

Regelung der Leistungsabgeltung.

1.3

Regelung des Controllings, der Information und Dokumentation, insbesondere bezüglich Kosten, Qualität, Patientenstatistik.

2. Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für die stationäre und ambulante Behandlung von allgemeinversicherten Patientinnen/Patienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau im Rahmen des Leistungsauftrages für das Spital, wie er in der Spitalkonzeption 2005, Seite 95 ff, des Kantons Aargau festgelegt ist.



3. Notfalldienst und Aufnahmepflicht

3.1

Das Spital garantiert einen durchgehenden, fachärztlich geleiteten Notfalldienst (24-Stunden).

3.2

Das Spital ist im Rahmen von § 8 des Patientendekretes zur Aufnahme aller Patientinnen und Patienten im Rahmen seines Leistungsauftrages inkl. Pflegenotfälle verpflichtet.

4. Qualität

Für die Qualität der zu erbringenden Leistungen wird auf das Controllingkonzept, Version 1996, verwiesen, das integrierender Bestandteil des vorliegenden Rahmenvertrags bildet.

5. Taxverträge

Das Spital schliesst mit den Krankenversicherern Taxverträge ab. Diese Verträge sind gestützt auf die Krankenversicherungsgesetzgebung dem Regierungsrat zur Genehmigung zu unterbreiten.

6. Verfahren für die Abgeltung des Kantons

6.1

Aufgrund der Ist-Daten (Anzahl Fälle) erstellt das Spital dem Gesundheitsdepartement monatlich eine Abrechnung.

6.2

Monatliches Reporting:

- Gesamtfälle pro Fachbereich SOLL und IST
- Patientenmix auf Spitalebene Halbprivat / Privat / Selbstzahler / Allgemein / Ausserkantonale
- Subventionsberechtigte zur Auszahlung pro Fachbereich unterteilt nach Fachbereichspauschalen (allg. Versicherte AG) und (HP/P-Versicherte AG)

6.3

(Kantonsspitäler)

Die aufgrund der Abrechnung des Spitals vom Kanton geschuldete Abgeltung wird mit den vom Kanton übernommenen Lohnzahlungen verrechnet. Details sind im Dienstleistungsvertrag zwischen Finanzdepartement und Kantonsspital geregelt. Der Saldo ist innert 30 Tagen seit Rechnungstellung zu bezahlen.

7. Regelung bei Über- oder Unterdeckung

7.1

Da die Beiträge von Kanton und Gemeinden für den Betrieb und die übrigen Investitionen gemäss § 15 SpiG in den Spitälern als Ertrag verbucht werden, resultieren am Jahresende Ertrags- oder Aufwandüberschüsse, welche wie folgt geregelt werden sollen:

bei Ertragsüberschuss (Überdeckung):

- 50% des Ertragsüberschusses werden (analog zu den ordentlichen Leistungsabgeltungen) dem Kanton und den Gemeinden zurückerstattet.
 - bei den andern 50% handelt es sich um den von der Spitalaktiengesellschaft ausgewiesenen offiziellen Gewinn. Dieser unterliegt den aktienrechtlichen Vorschriften über die Gewinnverwendung (Reservebildung und/oder Dividende).
-



bei Aufwandüberschuss (Unterdeckung):

- 50% des Aufwandüberschusses werden beim Kanton und den Gemeinden (analog zu den ordentlichen Leistungsabgeltungen) nachgefordert.
- bei den andern 50% handelt es sich um den von der Spitalaktiengesellschaft ausgewiesenen offiziellen Verlust. Dieser unterliegt ebenfalls den aktienrechtlichen Vorschriften über die Verlustverrechnung (Verrechnung mit bestehenden Reserven oder Vortrag auf neue Rechnung).

7.2

Beteiligung an Über- und Unterdeckung Nebenbetriebe:

Keine Beteiligung der öffentlichen Hand an Über- und Unterdeckung der Nebenbetriebe; Voraussetzung ist die Transparenz bezüglich Abgrenzung zwischen Akutspital und Nebenbetrieben vor allem bezüglich Kontengruppen 43/44.

8. Controlling

8.1

Das Gesundheitsdepartement ist berechtigt, in Zusammenarbeit mit dem Finanzdepartement die Einhaltung des Leistungsauftrags und der getroffenen Vereinbarungen zu überwachen und auszuwerten. Das Gesundheitsdepartement kann auf ihre Kosten Überprüfungen selber vornehmen oder durch Dritte ausführen lassen. Die Datenschutzbestimmungen sind einzuhalten. Die Überprüfungen können insbesondere mit Bezug auf die Kostenstruktur, die Zahl der behandelten Personen, die Überweisung in andere Spitäler, den Versorgungsauftrag im Einzugsgebiet und die Einhaltung der Qualität erfolgen.

8.2

Das Controllingkonzept, Version 1996, ist integrierter Bestandteil des vorliegenden Rahmenvertrages bezüglich dem Jahresabschluss 2003 (Controllinggrößen: Anhang 1). Mit in Kraft treten der Verordnung zum Spitalgesetz gelten die darin enthaltenen Vorgaben zum Controlling. Die darin aufgeführten Controllinggrößen können im Einverständnis beider Vertragspartner bei Bedarf periodisch an neue Bedürfnisse angepasst werden.

9. Revisionen

Es können periodisch Revisionen durchgeführt werden. Diese kann das Gesundheitsdepartement auf ihre Kosten selber durchführen oder im Auftragsverfahren durch Dritte durchführen lassen.

10. Informationsbereitstellung

10.1.

Das Spital stellt dem Gesundheitsdepartement die für das Controlling notwendigen Informationen innert den im Leistungsvertrag vereinbarten Fristen zur Verfügung. Dies betrifft alle im Controllingkonzept des Gesundheitsdepartementes festgelegten Controllinggrößen.

10.2

Das Gesundheitsdepartement stellt dem Spital alle relevanten und dem Gesundheitsdepartement zugänglichen Kennzahlen periodisch (nach Möglichkeit quartalsweise) zur Verfügung. Dies betrifft vor allem Daten zur ausserkantonalen Hospitalisation sowie zur Analyse des Patientenflusses.

**11. Geltungsdauer**

Dieser Vertrag gilt für das Jahr 2004.

12. Spezielle Bedingungen**12.1**

Wechsel des Fachbereichs: 2 Diagnosen begründen dann einen neuen Fall, wenn dies auch von der Krankenkasse akzeptiert wird. In der Regel dient die Austrittsdiagnose zur Begründung der Fallzuordnung.

12.2

Wiedereintritte innert 7 Tagen mit dem gleichen Behandlungsgrund sowie nach Urlauben (z.B. über das Wochenende) gelten nicht als neuer Fall.

Bei Todesfall und Verlegungen innert 24 Stunden gelten die Definitionen gemäss Bundesstatistik.

13. Ort und Datum des Vertragsabschlusses, Vertragsparteien:

Aarau, den 	REGIERUNGSRAT DES KANTONS AARGAU (v.d. GESUNDHEITSDEPARTEMENT)
Muster, den 	Spital Muster AG



1.3 Beispiel Kt. Schwyz: Jahresvertrag

Leistungsvereinbarung 2005

zwischen dem

**Regierungsrat
des Kantons Schwyz**

und der

Trägerschaft des Spitals XY

Genehmigt mit
RRB Nr. xxxx
vom *Datum*



Inhaltsverzeichnis

1	Vertragspartner	4
1.1	Zuständigkeiten im operativen Bereich.....	4
2	Vertragsdauer	4
3	Rechtsgrundlagen	4
4	Allgemeine Bedingungen	4
5	Gegenstand der Leistungsvereinbarung	4
5.1	Allgemeiner Auftrag	4
5.2	Art der Leistungen	4
5.2.1	Allgemeine Leistungen in der Grundversorgung	4
5.2.2	Zusätzliche Leistungen der Grundversorgung	4
5.2.3	Fachbereiche	5
5.2.4	Konsiliarärztliche Dienste und Kooperationen	5
5.2.5	Verlegungen.....	5
6	Leistungsprogramm	5
6.1	Stationäre Leistungen: Positivliste (siehe Anhang 1).....	5
6.2	Stationäre Leistungen: Negativliste (siehe Anhang 2).....	5
6.3	Gemeinwirtschaftliche Leistungen	5
6.3.1	Vorhalteleistungen Notfall	5
6.3.2	Bildungsleistungen.....	5
6.3.3	Ausserordentliche Lagen	5
6.3.4	Medikamentendepot der Mobilen Sanitätshilfsstellen	6
7	Finanzierung	6
7.1	Steuerungsgrössen	6
7.1.1	Fallabhängige Leistungen	6
7.1.2	Fallunabhängige Leistungen	7
7.1.3	Investitionszuschlag	8
7.2	Berechnungsgrundlagen	8
7.2.1	DRG-Auswertung CoALA 2003 (ComputerAssistierte LeistungsAnalyse).....	8
7.2.2	Innerkantonale allgemeinversicherte Fälle nach KVG	8
7.2.3	Innerkantonale zusatzversicherte Fälle nach KVG	8
7.2.4	Innerkantonale invaliden-, militär-, unfallversicherte Fälle nach UVG/IVG/MVG.....	8
7.2.5	Investitionszuschlag	8
7.3	DRG-Erhebung und Auswertung	9
7.3.1	Basisdaten	9
7.3.2	DRG-Gruppierung.....	9
7.3.3	Casemix-Analyse (DRG-Auswertung).....	9
7.4	Anteil am Globalbudget	10
7.5	Abrechnungs-/Auszahlungsmodalität	10
7.6	Nachkalkulation	10
7.7	Übertragung von Gewinn und Verlust.....	11
8	Qualitätssicherung	11
9	Kontrolle / Berichtswesen	11
10	Termine	12



11	Schlussbestimmungen	12
	Anhang 1: Positivliste	
	Anhang 2: Negativliste	
	Anhang 3: Medikamentendepot der Mobilen Sanitätshilfsstellen	
	Anhang 4: Definition der Leistungsgruppen Version 1	



1 Vertragspartner

Parteien dieses Vertrages sind der Kanton Schwyz vertreten durch den Regierungsrat und das Spital XY vertreten durch den Präsidenten sowie den Spitaldirektor

1.1 Zuständigkeiten im operativen Bereich

Spitalleitung:
Ärztliche Leitung:
Pflegedienstleitung:
Leiter Finanz- und Controlling:
Verantwortlich Qualitätsmanagement:
Verantwortlich Codierung:

Die Zuständigkeiten gelten bei Vertragsabschluss, hindern jedoch die Spitalleitung nicht daran, Mutationen und Änderungen aus betrieblichen Gründen vorzunehmen.

2 Vertragsdauer

Die Leistungsvereinbarung gilt für das Jahr 2005.

3 Rechtsgrundlagen

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10
- Spitalverordnung vom 22. Oktober 2003, SRSZ 574.110,
- Leistungsauftrag und Globalkredit innerkantonale Spitalversorgung 2004/2005, RRB Nr. 1483 vom 12. November 2003, genehmigt vom Kantonsrat am 17. Dezember 2003,
- Innerkantonale Spitalversorgung: Globalbudget 2005 (Festlegung der Steuerungsgrössen), RRB Nr. 887 vom 29. Juni 2004.

4 Allgemeine Bedingungen

- Vorbehalten bleiben Bestimmungen des Kantons- und des Bundesrechts.

5 Gegenstand der Leistungsvereinbarung

5.1 Allgemeiner Auftrag

Den allgemeinen Auftrag definiert der Leistungsauftrag des Kantons an die Spitäler für die innerkantonale Spitalversorgung gemäss RRB Nr. 1483, genehmigt vom Kantonsrat am 17. Dezember 2003.

5.2 Art der Leistungen

5.2.1 Allgemeine Leistungen in der Grundversorgung
Elektive Abklärung, Behandlung und Pflege inkl. Notfallbetreuung von Kranken, Verunfallten und Schwangeren aller Versicherungskategorien, welche für die Versorgungsregion in anerkannter Qualität und mit dem Einsatz verhältnismässiger Verfahren der Diagnostik, Therapie und Pflege erbracht werden können.

5.2.2 Zusätzliche Leistungen der Grundversorgung
Zusätzliche Leistungen der Grundversorgung bleiben in der Positivliste einzelnen Spitälern vorbehalten.
Bei Vertragserneuerung können zusätzliche Leistungen der Grundversorgung ausgedehnt oder reduziert werden. Es gelten folgende Grundbedingungen:



- Bedarfsnachweis für den Kanton und Nachweis, dass dieses Leistungsangebot ausserkantonale Hospitalisationen vermeidet
- Zweckmässigkeit der Leistungserbringung im Kanton
- Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung.

5.2.3 Fachbereiche

Um die Leistungen zu erbringen führt das Spital XY Abteilungen mit folgenden Fachbereichen:

- Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Nephrologie;
- Allgemeine Chirurgie, Viszeralchirurgie, Traumatologie, Thoraxchirurgie, Gefässchirurgie (infrarenal und peripher), Orthopädie, Kieferchirurgie;
- Urologie;
- Otorhinolaryngologie;
- Gynäkologie und Geburtshilfe;
- Ophthalmologie;
- Anästhesiologie; Schmerztherapie;
- Radiologie;
- Intensivmedizin.

5.2.4 Konsiliarärztliche Dienste und Kooperationen

Mit konsiliarärztlicher Abklärung und Kooperation können die Fachbereiche Rheumatologie, Onkologie, Neurologie, Schmerztherapie, Psychiatrie, Rehabilitation und Pädiatrie im Rahmen der allgemeinen Inneren Medizin angeboten werden.

5.2.5 Verlegungen

Verlegungen in ausserkantonale Kliniken dürfen nur erfolgen, wenn die Leistung nicht innerhalb des Kantons erbracht werden kann (Kostengutsprache durch den Kantonsarzt, KVG 41 Abs. 3).

6 Leistungsprogramm

Das Leistungsprogramm enthält im Anhang 1 eine *Positivliste* und im Anhang 2 eine *Negativliste* von Leistungen der stationären Akutversorgung. Es umschreibt des Weiteren *gemeinwirtschaftliche Leistungen*.

6.1 Stationäre Leistungen: Positivliste (siehe Anhang 1)

Die Positivliste enthält Leistungen der Grundversorgung, welche innerkantonale angeboten werden.

6.2 Stationäre Leistungen: Negativliste (siehe Anhang 2)

Die Negativliste enthält Leistungen der Spezialversorgung, welche innerkantonale nicht angeboten werden.

6.3 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

6.3.1 Vorhalteleistungen Notfall

Das Spital XY sichert mittels einer jährlich vereinbarten Vorhalteleistung während 24 Stunden/Tag und 365 (366) Tagen im Jahr die Versorgung spitalexterner Notfälle einschliesslich intensivmedizinischer Massnahmen. Sie verpflichtet sich, die Versorgung in ihren Spezialgebieten zu gewährleisten und ihre Fachspezialisten rechtzeitig verfügbar zu halten.

6.3.2 Bildungsleistungen

Das Spital XY übernimmt Aus- und/oder Weiterbildung für Oberärzte ohne FMH-Titel, für Assistenzärzte, Unterassistenten und Angehörige verschiedener nichtärztlicher Berufe in Pflege und medizinisch-technischen Bereichen (exkl. FAGE).

6.3.3 Ausserordentliche Lagen

Das Spital XY garantiert die Versorgungssicherheit und –qualität, in ausserordentlichen Lagen. Es verfügt hierfür über ein internes Konzept zur Bewältigung seiner Aufgaben als Teil des Hospitalisationsraumes im Falle eines



Grossereignisses oder einer Katastrophe. Es passt das Konzept periodisch neuen Gegebenheiten an, instruiert sein Personal und überprüft die geplanten Massnahmen durch Übungen.

6.3.4 Medikamentendepot der Mobilen Sanitätshilfsstellen

Das Spital XY hält ein Medikamentendepot (siehe Anhang 3) der Mobilen Sanitätshilfsstellen des Kantons Schwyz für den Katastrophenfall bereit.

7 Finanzierung

7.1 Steuerungsgrössen

7.1.1 Fallabhängige Leistungen

Normpreis / Fallpauschale / Basisfallpreis:	Betrag (Fr.)
➤ Normpreis für CMI = 1	
➤ Basispreis APDRG santésuisse Zentralschweiz	
➤ Basisfallpreis APDRG Medizintarifkommission (MTK)	

Durchschnittliche Fallgewichte (CMI's):	Faktor
➤ Durchschnittliches Fallgewicht für Fälle nach KVG	
➤ Durchschnittliches Fallgewicht für innerkantonale zusatzversicherte Fälle nach KVG	
➤ Durchschnittliches Fallgewicht für innerkantonale Fälle nach UVG/IVG/MVG	

Planmengen:	Anzahl
➤ Innerkantonale, allgemeinversicherte Fälle nach KVG	
➤ Innerkantonale, zusatzversicherte Fälle nach KVG	
➤ Innerkantonale, invaliden-, militär-, unfallversicherte Fälle nach UVG/IVG/MVG	

Kantonsanteil für Fälle nach UVG/IVG/MVG:	Prozentsatz
➤ Kantonaler Anteil am Normpreis für innerkantonale, invaliden-, militär-, unfallversicherte Fälle nach UVG/IVG/MVG	

Ausreisserfälle gemäss TAR APDRG 2002 vom 1. April 2002:	Faktor
➤ Gewichtungsfaktor Kurzlieger	0.70
➤ Gewichtungsfaktor Langlieger	0.70



7.1.2 Fallunabhängige Leistungen

7.1.2.1 Aus- und Weiterbildung Pflege und medizinisch-technisch-therapeutische Berufe

Wochenpauschalen:	Betrag (Fr.)
Weiter- und Zusatzausbildung Pflege in den Bereichen: IPS, OPS, Anästhesie und Notfall	
Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege	
Weiterbildung als technische Operationsassistentin (TOA)	
Höhere Fachausbildung Pflege (HöFa I und II)	
Ausbildung medizinisch-technisch-therapeutische Berufe wie: Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Diätköchin, MTRA, Labor	

Planmengen:	Anzahl
➤ Weiter- und Zusatzausbildung Pflege in den Bereichen: IPS, OPS, Anästhesie und Notfall	
➤ Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege	
➤ Weiterbildung als technische Operationsassistentin (TOA)	
➤ Höhere Fachausbildung Pflege (HöFa I und II)	
➤ Ausbildung medizinisch-technisch-therapeutische Berufe wie: Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Diätköchin, MTRA, Labor	

7.1.2.2 Aus- und Weiterbildung Oberärzte ohne FMH, Unterassistenten und Assistenzärzte

Pauschalen:	Betrag (Fr.)
➤ Weiterbildung Oberärzte ohne FMH pro Oberarzt und Jahr - während max. 18 Monaten (20 % der Besoldungen ohne Sozialleistungen, Inkonvenienzen und Dienste)	
➤ Weiterbildung Assistenzärzte pro Assistenzarzt und Jahr (20 % der Besoldung ohne Sozialleistungen)	
➤ Ausbildung Unterassistenten pro Unterassistentenstelle (100 % der Besoldung ohne Sozialleistungen)	

Planmengen:	Anzahl
➤ Weiterbildung Oberärzte ohne FMH	
➤ Weiterbildung Assistenzärzte	
➤ Ausbildung Unterassistenten	

7.1.2.3 Vorhalteleistung Notfall

Pauschale:	Betrag (Fr.)
➤ Vorhalteleistung Notfall pro Einwohner in der Versorgungsregion	
➤ IPS-Zuschlag pro Einwohner in der Versorgungsregion	

Planmenge:	Anzahl
➤ Einwohner in der Versorgungsregion (31. Dezember 200X)	



7.1.3 Investitionszuschlag

Zuschlag:	Prozentsatz
➤ Investitionszuschlag auf den Normpreis für innerkantonale, allgemeinversicherte Fälle KVG inkl. Neugeborene und innerkantonale, invaliden-, militär-, unfallversicherte Fälle nach UVG/IVG/MVG	

7.1.3.1 Bedingungen:

- Der Investitionszuschlag ist zweckgebunden und dient der Finanzierung von "Bauten" und "Ausstattungen" grösser Fr. 3'000.--; dabei ist die Äufnung eines Erneuerungsfonds nachzuweisen. Dazu zählt ebenfalls der wertvermehrnde und werterhaltende Unterhalt grösser Fr. 3'000.--. Serviceverträge sowie Anschaffungen und Unterhaltsleistungen kleiner Fr. 3'000.-- sind der Betriebsrechnung zu belasten.
- Die Spitäler führen eine Anlagebuchhaltung (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung, VKL vom 3. Juli 2002, SR 832.104).
- Die Spitäler legen dem Regierungsrat das Investitionsprogramm (§ 26 Abs. c Spitalverordnung) gemäss Vorgaben vor.

7.2 Berechnungsgrundlagen

7.2.1 DRG-Auswertung CoALA 2003 (ComputerAssistierte LeistungsAnalyse)

Groupen: AP-DRG CH3M V1.3
 Costweight: AP-DRG CH ISE V3.2
 Auswertung: Name, Ort, Datum

7.2.2 Innerkantonale allgemeinversicherte Fälle nach KVG

Berechnung des Kantonsbeitrags:
 (Innerkantonale allgemeinversicherte Fälle KVG (inkl. MüllDRG) x $CM_{KVG\ 2003}$ x Normpreis) – (Innerkantonale allgemeinversicherte Fälle KVG (inkl. MüllDRG) x $CM_{KVG\ 2003}$ x Basispreis santésuisse Zentralschweiz)

7.2.3 Innerkantonale zusatzversicherte Fälle nach KVG

Berechnung des Kantonsbeitrags:
 Innerkantonale zusatzversicherte Fälle KVG (inkl. MüllDRG) x $CM_{\text{innerkantonale Zusatzversicherte KVG}}$ x Basispreis santésuisse Zentralschweiz

7.2.4 Innerkantonale invaliden-, militär-, unfallversicherte Fälle nach UVG/IVG/MVG

Berechnung des Kantonsbeitrags:
 Innerkantonale allgemeinversicherte Fälle UVG/IVG/MVG (inkl. MüllDRG) x $CM_{UVG/IVG/MVG}$ x Basisfallpreis MTK x Kantonsanteil (%)

7.2.5 Investitionszuschlag

Berechnung des Kantonsbeitrags:
 Innerkantonale allgemeinversicherte Fälle KVG (inkl. MüllDRG) x CM_{KVG} x Normpreis x Investitionskostenzuschlag + Innerkantonale allgemeinversicherte Fälle UVG/IVG/MVG (inkl. MüllDRG) x $CM_{UVG/IVG/MVG}$ x Normpreis x Investitionskostenzuschlag



7.3 DRG-Erhebung und Auswertung

Für die Auswertung der fallabhängigen Leistungen (Behandlungsfälle im Spital) wird das Patientenklassifikationssystem AP-DRG (All Patient - Diagnosis Related Groups) eingesetzt.

Die Leistungsgruppen sind in Anhang 4 definiert.

7.3.1 Basisdaten

Die für die Gruppierung der Behandlungsfälle nach AP-DRG notwendigen Basisdaten werden über den PATREC-Datensatz erhoben (mehr Codierstellen gegenüber der Bundesstatistik "Medizinische Statistik der Krankenhäuser").

Die Erhebung durch den Kanton erfolgt jährlich (Vorjahresperiode 1.1. bis 31.12.) per 15. April für das Budget des Folgejahres sowie halbjährlich (Periode vom 1.1. bis 30.6. des laufenden Jahres) per 21. September für den Controlling-Zwischenbericht.

Die Plausibilisierung der Basisdaten (medizinische Statistik) erfolgt durch das kantonale Amt für Statistik in Luzern, welches dem Amt für Gesundheit und Soziales des Kantons Schwyz jeweils einen Bericht zur Kenntnisnahme erstattet. Soweit die Plausibilisierung der Daten gegebenenfalls im Auftragsverhältnis erfolgt, gehen die Plausibilisierungsbefugnisse nicht über das hinaus, was in den Periodika des Sekretariats für Kodierfragen des BFS an Kodierrichtlinien publiziert wurde.

Für neue Publikationen des Sekretariats betreffend Kodiersachverhalten („Code-Info“-Broschüre) gilt eine Latenz bis zur Inkraftsetzung von 3 Monaten ab Erscheinen der Publikation als Beilage zur Schweizerischen Ärztezeitung.

7.3.2 DRG-Gruppierung

Die Gruppierung der Behandlungsfälle nach APDRG erfolgt im Auftrag des Amtes für Gesundheit und Soziales durch Dritte mittels:
3M APDRG Grouping Software Switzerland Version 1.3

7.3.3 Casemix-Analyse (DRG-Auswertung)

Die DRG-Analyse der Behandlungsfälle nach den kantonalen Fallgruppen des Spitalfinanzierungssystems erfolgt im Auftrag des Amtes für Gesundheit und Soziales durch Dritte mittels:
CoALA (ComputerAssistierte LeistungsAnalyse) Software (adaptiert für den Kanton Schwyz).

Für die Berechnung der durchschnittlichen Fallgewichte (Case Mix Index) werden die Fallgewichte (Cost Weight) von APDRG Schweiz Version 3.2 verwendet.



7.4 Anteil am Globalbudget

Fallabhängige Leistungen:	Betrag (Fr.)	Total (Fr.)
➤ Innerkantonale allgemeinversicherte Fälle nach KVG		
➤ Innerkantonale zusatzversicherte Fälle nach KVG		
➤ Innerkantonale allgemein invaliden-, militär- und unfallversicherte Fälle nach UVG/IVG/MVG		
Total fallabhängige Leistungen		
Fallunabhängige Leistungen:		
➤ Weiter- und Zusatzausbildung Pflege in den Bereichen: IPS, OPS, Anästhesie und Notfall		
➤ Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege		
➤ Weiterbildung als technische Operationsassistentin (TOA)		
➤ Höhere Fachausbildung Pflege (HöFa I und II)		
➤ Ausbildung medizinisch-technisch-therapeutische Berufe: Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Diätköchin, MTRA, Labor		
➤ Weiterbildung Oberärzte ohne FMH		
➤ Weiterbildung Assistenzärzte		
➤ Ausbildung Unterassistenten		
➤ Vorhalteleistung Notfall		
Total fallunabhängige Leistungen		
Total Investitionszuschlag		
Anteil am Globalbudget		

7.5 Abrechnungs-/Auszahlungsmodalität

Die vierteljährlichen Akontozahlungen des Kantons erfolgen jeweils per 15. der Monate Januar, April, Juli und Oktober des laufenden Jahres. Die Höhe der Akontozahlung beträgt ein Viertel vom Anteil am Globalbudget des laufenden Jahres. Die Schlussabrechnung und Ausgleichszahlung erfolgt aufgrund der Nachkalkulation (siehe Punkt 7.6 Nachkalkulation) im Folgejahr. Zuviel ausbezahlte Beträge werden vom Departement des Innern zurückverlangt.

7.6 Nachkalkulation

Aufgrund der erhobenen und analysierten Leistungsdaten erfolgt jährlich eine Abgeltung der effektiv erbrachten Leistungen. Dabei wird wie folgt vorgegangen:

- Basierend auf den vom Departement des Innern analysierten, verifizierten und anerkannten Leistungsdaten erfolgt eine Neuberechnung der vom Spital XY erbrachten Leistungen. Es werden nur anerkannte Mengenausweitungen abgegolten.
- Anerkannt für die Nachkalkulation werden allein Abweichungen in den Fallzahlen (mehr oder weniger erbrachte Anzahl Fälle als geplant), welche mit dem Leistungsprogramm kompatibel sind sowie Notfälle oder Fälle mit unvorhersehbarem Verlauf.

Die Abgeltung erfolgt aufgrund der folgenden Regelung:

- Innerkantonale allgemeinversicherte Fälle nach KVG und UVG/IVG/MVG:
In der Bandbreite von +/- 5 % Abweichung von der Planmenge werden 25 % des Kantonsanteiles am Normpreis gemäss Ziff. 7.2.2 und 7.2.4 dieses Vertrages (ohne Investitionszuschlag) für die Entschädigung (Anzahl über Budget) resp. Zurückzahlung (Anzahl unter Budget) berücksichtigt. Ausserhalb der beschriebenen Bandbreite sind es 50 %.



- Der CMI wird nicht nachkalkuliert.
- Innerkantonale Zusatzversicherte Fälle nach KVG:
Die Entschädigung erfolgt nach Abrechnung des Spitals mit dem Kanton (aktueller CMI für die Zusatzversicherten und Basispreis santésuisse Zentralschweiz).

7.7 Übertragung von Gewinn und Verlust

Gewinne oder Verluste dürfen auf das Folgejahr übertragen werden.

Gleichen sich Verluste nicht durch Gewinne aus, sind sie durch die Reserven bzw. Eigenmittel des Spitals XY auszugleichen. Vorbehalten bleiben insbesondere Verpflichtungen (*Dritter*) gegenüber dem Spital XY.

8 Qualitätssicherung

Das Spital XY erfüllt die vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgegebenen Anforderungskriterien für die Umsetzung der Qualitätssicherung und –förderung:

- Erhebung von qualitätsrelevanten Daten (z.B. Outcome-Messungen) als Voraussetzung für Verbesserungsprozesse
- Patientenorientierung (Erfüllung von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten)
- Angemessenheit (Vermeidung unnötiger Leistungen, Zugang zu notwendigen Leistungen)
- Kostenwirksamkeit (Vermeidung unnötiger Kosten durch ungenügende Qualität).

Als Mindestanforderung muss das Spital XY den Rahmenvertrag, den H+ (Die Spitäler der Schweiz) und santésuisse (Die Schweizer Krankenversicherer) aufgrund von Art. 77 KVV miteinander abgeschlossen haben und dem das Spital beigetreten ist, vollumfänglich erfüllen (u.a. Verwendung eines akkreditierten Patientenfragebogens). Eine Kopie des jährlich zu erstellenden Qualitätsberichtes ist an das Departement des Innern abzuliefern. Des Weiteren muss der Nachweis der getroffenen Massnahmen und deren Wirksamkeit durch das Spital jederzeit erbracht werden können. Von zentraler Bedeutung sind qualitätssichernde Massnahmen für die Sicherstellung der Ergebnis- und Codierqualität.

9 Kontrolle / Berichtswesen

Das Departement des Innern hat jederzeit das Recht Einsicht in Unterlagen zu nehmen oder Berichte zu verlangen, welche die Leistungen dieser Vereinbarung betreffen. Die Einsicht in Krankengeschichten bleibt dem kantonsärztlichen Dienst im Sinne einer vertrauensärztlichen Tätigkeit vorbehalten. Die Einsichtnahme erfolgt unter Anwesenheit des behandelnden Arztes. Dokumente der Krankengeschichte verlassen hierfür das Spital nicht.



10 Termine

Aktion:	Termine:
PATREC-Daten 2004 an Firma <i>Name</i>	
CoALA 2004, von Firma <i>Name</i> ausgewertet	
Spitalrechnung 2004 an Departement des Innern	
Planfälle und Ausbildungswochen 2006 an Departement des Innern	
Investitionskostenzuschlags-Kalkulation 2004 und Vorhalteleistungen Notfall 2004 an Departement des Innern	
Entwurf Leistungsprogramm/ -Vereinbarung 2006	
Steuerungsgrössen 2006 an Regierungsrat	
Leistungsprogramm/ -Vereinbarung 2006	
PATREC-Daten 1. Halbjahr 2005 an Firma <i>Name</i>	
CoALA 2005, 1. Halbjahr von Firma <i>Name</i> ausgewertet	
Globalbudget 2006 an Regierungsrat	
Leistungsprogramm/ -Vereinbarung 2006 unterzeichnet	

11 Schlussbestimmungen

Keine.

Schwyz, den

Departement des Innern

Spital XY

Regierungsrat

Präsident

Spitaldirektor

Name

Name

Name

.....

.....

.....

Beilagen:

Anhang 1, Positivliste

Anhang 2, Negativliste

Anhang 3, Medikamentendepot

Anhang 4, Leistungsgruppen



1.4 Beispiel Kt. Bern: Definition hochspezialisierte Medizin

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Spitalamt / Abteilung Planungsgrundlagen

18.1.05

Abgrenzung der hochspezialisierten Medizin von der umfassenden Grundversorgung im Hinblick auf die Erarbeitung der Versorgungsplanung

1 Management Summary

Die Versorgungsplanung wird den Bedarf sämtlicher Leistungen für den Kanton ausweisen und die umfassende Grundversorgung bzw. die hochspezialisierten Leistungen den einzelnen Leistungserbringern zuteilen. Im Hinblick auf die Erarbeitung der Versorgungsplanung bedarf es einer eindeutigen Definition der hochspezialisierten Medizin.

Die Liste der Leistungen der hochspezialisierten Medizin soll verbindlich und eindeutig die Leistungen und die Bereiche bezeichnen, welche im Kanton Bern zur umfassenden Grundversorgung bzw. der hochspezialisierten Medizin gehören. Diese Liste wird auf der Grundlage bzw. unter Berücksichtigung des Berichts der Arbeitsgruppe Spitzenmedizin der GDK und der Positiv- und Negativlisten des Kantons Zürich erstellt.

Eine erste, provisorische Liste muss spätestens anfangs 2005 vorliegen, um die Versorgungsplanung erarbeiten zu können. Nach dem Inkrafttreten des SpVG wird ein Fachausschuss der Spitalversorgungskommission die Liste erarbeiten bzw. aktualisieren. Aus politischen Gründen kann damit vor Mitte 2005 kein Fachausschuss beauftragt werden.

Die Liste wird von der Direktion der GEF genehmigt, ist öffentlich zugänglich und dient als Grundlage zur Erarbeitung der Versorgungsplanung und der Spitalliste.

2 Hintergrund

Das Konzept des SpVG beruht auf einem zweistufigen Versorgungsmodell: Danach decken im Bereich der somatischen Akutversorgung die Regionalen Spitalzentren (RSZ) die umfassende Grundversorgung in allen Regionen ab, während hochspezialisierte Spitalleistungen zentral durch die Universitätsspitäler angeboten werden.

Die Versorgungsplanung wird den Bedarf sämtlicher Leistungen für den Kanton ausweisen und die umfassende Grundversorgung bzw. die hochspezialisierten Leistungen den einzelnen Leistungserbringern zuteilen. Im Hinblick auf die Erarbeitung der Versorgungsplanung bedarf es einer eindeutigen Definition der hochspezialisierten Medizin bzw. der Kriterien zur Abgrenzung zwischen hochspezialisierter Medizin und umfassender Grundversorgung, sowie der Zuständigkeiten und der Aktualisierungsverfahren in diesem Bereich.



6.3 Die Liste der Leistungen der hochspezialisierten Medizin

Eine Liste der Leistungen der hochspezialisierten Medizin muss zwangsläufig ausführlich sein und zahlreiche medizinische und technische Fachausdrücke enthalten. Ferner ist sie in regelmässigen Abständen zu aktualisieren.

An die Liste werden folgende Anforderungen gestellt:

- sie ist eindeutig
- sie ist ausführlich und gleichzeitig überschaubar, weder zu detailliert noch zu grob gegliedert
- sie ermöglicht eine Überprüfung der Einhaltung der enthaltenen Bestimmungen.

Wir schlagen eine „Liste zur Abgrenzung der Leistungen der hochspezialisierten Medizin von der umfassenden Grundversorgung (Kurz: Liste hochspezialisierte Medizin)“ vor, die sich in erster Linie an Fachpersonen wendet, aber öffentlich zugänglich ist. Als Anhang ist sie Bestandteil der bestehenden Instrumente (Spitalliste, Leistungsverträge, Betriebsbewilligungen).

Wie soll eine solche Liste aussehen? Welche Art von Leistungen soll sie auflisten?

Da sowohl für die Versorgungsplanung, wie auch für die Abgeltung der Leistungen der Einsatz der DRG's als Finanzierungs- und Planungseinheit vorgesehen ist, schien die Option der Abgrenzung zwischen umfassender Grundversorgung und hochspezialisierter Medizin auf der selben Basis besonders vorteilhaft.

Nach einer ausführlichen Überprüfung musste diese Option verworfen werden. Dies aus folgenden Gründen:

- Die DRG-Gruppierung lässt keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die eingesetzten Instrumente und Techniken ziehen. Da nicht alle Fälle innerhalb einer DRG-Kategorie den Einsatz der gleichen Technik benötigen, gehören auch nicht alle Fälle ausschliesslich zur hochspezialisierten Medizin bzw. zur umfassenden Grundversorgung.
- Die gleiche Technik findet Anwendung bei einer Reihe von unterschiedlichen DRG-Gruppen.
- In der gleichen DRG-Gruppe können medizinisch heterogene Fälle vorkommen (z.B. DRG 286: Eingriffe an der Hypophyse und den Nebennieren).

Wir haben gesehen (siehe 5.2), dass die Liste der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ der GDK sowohl Interventionen (z.B. Organtransplantationen, Hypophysenchirurgie), wie auch Techniken vorsieht (z.B. Positronen-Emissions-Tomographie, Protonen-Strahlentherapie).

Das Spitalamt hat eine Liste erarbeitet, die die hochspezialisierte Medizin auf Grund von Medizintechniken, Eingriffen und Fachbereichen definiert und grundsätzlich aus dem Bericht der Arbeitsgruppe Spitzenmedizin der GDK und aus den Positiv- und Negativlisten des Kantons Zürich ausgeht.

Diese provisorische Liste ist in 19 Fachbereiche und 46 Unterbereiche gegliedert. Die Abgrenzung erfolgt entweder auf Grund von Eingriffen (vor allem Chirurgie) oder von Krankheitsbildern (vor allem Medizin). Die Definitionen stützen sich auf die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP 6.0) oder auf die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Rev. (ICD-10). Beide Grössen werden in der medizinischen Statistik erfasst und ermöglichen somit eine Kontrolle seitens des Kantons.



Sie legt sowohl die Abgrenzung zwischen der umfassenden Grundversorgung und der hochspezialisierten Medizin fest, wie auch diejenige zwischen der hochspezialisierten Leistungen, die im Kanton Bern angeboten werden und denjenigen, die gesamtschweizerisch mit anderen Spitälern zu koordinieren sind.

6.4 Vergleich zwischen dem IST Zustand und der Abgrenzung gemäss neuer Liste

Um die Praktikabilität, die Folgen und das Konfliktpotential der Umsetzung der Liste abzuschätzen, ist die Liste anhand einer Modellberechnung mit dem bernischen Daten der medizinischen Statistik 2002 geprüft worden.

Folgende Tabelle fasst die Ergebnisse zusammen:

	Öffentl. Subv Spitäler (ohne In-selspital)	in Prozent aller Spitäler	Nicht Öffentl. Subv Spitäler	in Prozent aller Spitäler	Inselspital	in Prozent aller Spitäler	Alle Spitäler
Fälle der umfassenden Grundversorgung	115'703	58.8%	52'870	26.9%	28'126	14.3%	196'699
<i>in Prozent aller behandelten Fälle</i>	<i>98.0%</i>		<i>93.7%</i>		<i>78.6%</i>		<i>93.6%</i>
Fälle der hochspezialisierten Medizin	2'315	17.1%	3'529	26.1%	7'662	56.7%	13'506
<i>in Prozent aller behandelten Fälle</i>	<i>2.0%</i>		<i>6.3%</i>		<i>21.4%</i>		<i>6.4%</i>
davon Fälle der Pädiatrie in Biel (ausschliesslich 1402, 1501, 1502)	831						831
<i>in Prozent aller behandelten Fälle</i>	<i>0.7%</i>						<i>0.4%</i>
alle Fälle	118'018	56.1%	56'399	26.8%	35'788	17.0%	210'205

Schlussfolgerungen:

Die Liste teilt 6.4% aller in Berner Spitälern behandelten Fälle (ambulant, teilstationär und stationär) der hochspezialisierten Medizin, die übrigen Fälle der umfassenden Grundversorgung zu.

Über die Hälfte aller hochspezialisierten Fälle (56.7 %) werden im Inselspital, ein Viertel (26.1%) in Privatspitälern, lediglich ein Sechstel (17.1 %) in nicht universitären öffentlich subventionierten Spitälern behandelt.

Die nicht universitären öffentlich subventionierten Spitäler behandeln ihrerseits praktisch ausschliesslich Fälle der umfassenden Grundversorgung (98.0%). Bei den nicht öffentlich finanzierten Spitälern ist der Anteil etwas geringer (93.7%), beim Inselspital noch kleiner aber weiterhin sehr hoch (78.6%).

Die Umsetzung der Liste hätte im Jahr 2002 eine Verschiebung von lediglich 1.3% (1'484 Fällen) von einem RSZ in das Universitätsspital bewirkt.

Die Liste stellt ein geeignetes, gut umsetzbares Instrument dar.



1.5 Beispiel Kt. Waadt: Definition universitäre Medizin

Outil développé par le canton de Vaud pour sélectionner les cas hospitalisés relevant d'une activité universitaire/tertiaire dans le cadre de ses travaux de planification

(Outil présenté le 16 février 2005 au groupe de travail « planification par les prestations » de la CDS)

Cadre général

Afin de mieux répondre au besoin de la population dans un contexte de ressources limitées, le canton de Vaud propose une nouvelle organisation hospitalière en concentrant la prise en charge de soins aigus sur :

- un hôpital universitaire (CHUV et hôpitaux spécialisés),
- 3 centres hospitaliers des secteurs Nord, Ouest et Est (hôpitaux de secteur), le CHUV fonctionnant également comme hôpital du secteur Centre.

Ce dispositif est complété par quelques hôpitaux régionaux à mission limitée pour les régions excentrées.

Afin de définir les missions respectives de l'hôpital universitaire et des hôpitaux de secteur au sens de l'article 39 LAMal et préciser le champ de leurs prestations respectives qui fera l'objet de mandats au sens du projet fédéral de révision de la LAMal, le canton de Vaud a lancé une réflexion avec les partenaires hospitaliers du réseau d'intérêt public.

L'étape initiale de cette « planification par les prestations » consiste à pouvoir identifier les cas universitaires/tertiaires des autres cas hospitalisés à partir des données 2003 de la statistique médicale utilisant le système APDRG de regroupement des cas. Un outil informatique a été développé dans ce but. Notons que la fourniture des prestations universitaires/tertiaires sera concentrée sur l'hôpital universitaire mais qu'une collaboration concertée permettra, cas échéant, d'attribuer aux hôpitaux de secteur des mandats spécifiques pour ce type de prestations.

Descriptif de l'outil

Sur la base de 6 critères de sélection qui peuvent être combinés entre eux, l'outil permet d'établir divers scénarios permettant l'identification des APDRG à considérer comme :

- totalement universitaires/tertiaires,
- partiellement universitaires/tertiaires,
- non universitaires/tertiaires mais dont certains cas qui en raison de risques particuliers (comorbidité, sévérité, rareté, grand âge, ...) doivent être considérés comme des cas universitaires/tertiaires bien qu'imputés à un APDRG non universitaire/tertiaire. A priori tous les APDRG restants peuvent être concernés.

Les deux premiers critères de sélection sont basés sur une appréciation clinique. Ils consistent en deux listes différentes fixant les APDRG à considérer comme totalement universitaires/tertiaires établies par deux groupes d'experts (1 et 2).

Les quatre autres critères basés sur une sélection statistique sont :

1. les APDRG dont la grande majorité des cas sont hospitalisés en hôpital universitaire (cette proportion est une variable d'entrée propre à chaque scénario);



2. les APDRG dont le cost-weight est supérieur à une valeur fixée (cette valeur est une variable d'entrée propre à chaque scénario) ;
3. les APDRG dont certains cas ont dû être transférés dans un hôpital universitaire en raison de risques particuliers susmentionnés ;
4. les APDRG comprenant des cas hors canton hospitalisés en hôpital universitaire.

Les critères 3 et 4 permettent de retenir les APDRG partiellement universitaires/tertiaires. Les critères 5 et 6 retiennent les cas universitaires des APDRG restants non universitaires.

Pour chaque APDRG sélectionné, l'outil indique le nombre de cas par catégorie d'hôpital (universitaire, de zone et régionaux) et les équivalents en journées et en lits nécessaires calculés à partir de la durée moyenne de séjour (DMS) standard de l'APDRG. Il signale également pour chaque APDRG les missions générales et particulières impliquées dans la planification hospitalière et, via une fonction complémentaire, énumère les interventions et diagnostics principaux concernés. **L'outil permet d'établir ainsi un lien logique entre les prestations médicales fournies, les missions hospitalières planifiées et le regroupement à la base du financement à la prestation.**

Scénario retenu

Le scénario finalement retenu figurant ci-dessous prend en compte tous les critères de sélection à l'exception de celui basé sur le cost-weight jugé peu discriminant. La valeur du critère 3 (nombre de cas minimum hospitalisés en hôpital universitaire par APDRG) est fixée à 80%.

La qualité de la sélection de chaque scénario (combinaison de critères) est évaluée à partir, d'une part, de la proportion sélectionnée² de cas universitaires/tertiaires par rapport à la l'ensemble des cas et, d'autre part, de la fraction de cette proportion dont les cas sont effectivement hospitalisés en hôpital universitaire.

Dans le scénario retenu, la proportion sélectionnée de 13.8% de cas universitaires/tertiaires est très proche des 14% évoqués précédemment et la fraction de cette proportion dont les cas sont hospitalisés en hôpital universitaire s'élève à 92%, indice d'une bonne sélectivité.

Parmi ces 13,8% :

- 3,3% correspondent aux APDRG figurant sur l'une ou les deux listes dont la totalité des cas est à considérer comme universitaire, soit 59 APDRG totalement universitaires/tertiaires ;
- 6.1% des cas correspondent à des APDRG dont une partie seulement est universitaire (critère 80% de cas minimum hospitalisés en hôpital universitaire), soit 50 APDRG partiellement universitaires /tertiaires ;
- le solde de 4.4% (1.5% intracantonaux + 2.9% hors canton) correspond à des cas transférés dans un hôpital universitaire classés dans des APDRG non universitaires/tertiaires, soit 435 APDRG non universitaires incluant des cas universitaires/tertiaires en raison de risques particuliers.

² L'étude vaudoise de besoin en lits hospitaliers de mars 1997 a mis en évidence que 13,8 % des patients du Nord vaudois sont hospitalisés dans les hôpitaux universitaires (Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005. SCRIS. Mars 1997. p.27). De plus, l'étude ANTARES sur le dimensionnement de l'hôpital Riviera-Chablais fixe à 13,5% les cas du bassin pris en compte devant être hospitalisés en hôpital universitaire (Etude préliminaire du dimensionnement physique du futur Centre Hospitalier Riviera-Chablais. Rapport final SSP-Vaud, SSP-Valais. 17 décembre 2003). Ainsi, la proportion de 14% de cas à considérer comme universitaires/tertiaires est retenue. Elle comprend les cas classés dans les APDRG totalement ou partiellement universitaires/tertiaires et les cas transférés en hôpital universitaire appartenant aux APDRG restants non universitaires.



L'ensemble de ces cas est distribué sur 544 APDRG dont seuls 109 sont à considérer comme totalement ou partiellement universitaires/tertiaires (respectivement 59 et 50). La capacité en lits nécessaires pour accueillir l'ensemble des cas de cette sélection est de 373 équivalents lits universitaires/tertiaires.

La suite du travail consistera à demander à des groupes de médecins par spécialité de:

- réexaminer et valider la liste des 59 APDRG totalement universitaires,
- désigner les interventions (CHOP) ou les diagnostics (CIM-10) correspondant à des prestations universitaires/tertiaires appartenant aux 50 APDRG partiellement universitaires³,
- définir la liste des critères médicaux justifiant un transfert dans un hôpital universitaire/tertiaire pour les cas qui ne peuvent être classés dans un APDRG non universitaire /tertiaire.

Lorsque cela sera possible, l'outil pourra être adapté au système SwissDRG.

Scénario retenu :

<u>Critères de sélection retenus</u>	Nb d'APDRG concernés /Total APDRG (en 2003, 615 APDRG concernés)	% des cas concernés / Total des cas (en 2003, ~106'400 cas)	Part des cas en hôpital universitaire (%)	Pour info ! CW moyen /DMS calculée /Equivalents en lits
1^{ère} liste des APDRG 100% univ. (ISE)	27 /615	1.5 % (1'620 cas)	91%	2.48 / 11 j / 58 lits
2^{ème} liste des APDRG 100% univ.(SSP)	+ 32 /615	+ 1.8 % (+1'840 cas)	80%	3.41 / 14 j / +76 lits
80 % cas minimum en hôp. univ. (APDRG partiellement univ.)	+ 50 /615	+ 6.1% (+6'570 cas)	91%	1.47 / 8 j / +124 lits
Cas transférés univ. (APDRG non univ)	+268 /615	+1.5 % (+1'570 cas)	100 %	1.08 / 8.3 / + 42 lits
Cas hors cant. univ. (APDRG non univ)	+167 /615	+2.9 % (+3'130 cas)	100 %	1.4 / 7.6 / + 41 lits
TOTAL scénario retenu	= 544 (109 APDRG univ) /615	= 13.8 % (=14'730 cas) (littér. : ~14%)	92 %	1.41 / 7.9 j / = 373 lits

Source des données utilisées par l'outil: Statistique médicale 2003 des hôpitaux

³ Donc en plus du pourcentage indicatif de cas hospitalisés en hôpital universitaire, ces APDRG partiellement universitaires /tertiaires seront également définis par les interventions ou diagnostics universitaires /tertiaires qui les concernent.