

Sitzung vom 11. Januar 1995

169. Anfrage (Organisationsmodelle für ein wirksames öffentliches Gesundheitswesen)

Die Kantonsräte Dr. Ruth Gurny Cassee, Maur, und Christoph Schürch, Winterthur, haben am 3. Oktober 1994 folgende Anfrage eingereicht:

Der im Februar dieses Jahres vorgelegte Bericht «Organisationsmodelle für ein wirksames öffentliches Gesundheitswesen» löste in der interessierten Öffentlichkeit eine intensive Diskussion aus. Obwohl diese Diskussion noch voll am Laufen ist und interessierte Kreise zum Teil noch an ihrer Vernehmlassungsantwort arbeiten, entsteht das Gefühl, die Direktion des Gesundheitswesens arbeite bereits an der Transformation von der sogenannten Input- zur sogenannten Outputorientierung. Die ab Herbst laufenden Pilotversuche «Leistungsorientierte Krankenhaussteuerung» sehen bereits einen entsprechenden Systemwechsel vor.

In diesem Zusammenhang bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

1. Was ist der genaue Inhalt des gegenwärtig laufenden Pilotversuchs in zehn Zürcher Krankenhäusern?
2. Worin bestehen insbesondere die entsprechenden Leistungsaufträge?
3. Wurden vorgängig Leistungs- und Qualitätsstandards formuliert?
4. Welche Fragen sollen diese Pilotversuche beantworten helfen?
5. Nach welchen Kriterien erfolgt die Auswertung dieser Versuche?
6. Inwieweit wird der Einfluss der Versuche, die insbesondere eine Verkürzung des Spitalaufenthalts der Patientinnen und Patienten erzeugen sollen, auf die Spitex, die Familienangehörigen und die Sozialämter mituntersucht?
7. In welcher Form wird die Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Pilotversuche informiert?
8. Welche weiteren Pilotversuche, allenfalls auch in Zusammenhang mit dem Übergang in die sogenannte integrierte regionale Leistungssteuerung, sind in kommender Zeit zu erwarten?
9. Wie gedenkt der Regierungsrat mittelfristig mit der Umsetzung der Reform umzugehen?
Inwieweit gedenkt der Regierungsrat, die Reformschritte parlamentarisch begleiten und abstützen zu lassen?

Auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens
beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Dr. Ruth Gurny Cassee, Maur, und Christoph Schürch, Winterthur, wird wie folgt beantwortet:

Die Arbeiten laufen im Rahmen des im Februar 1994 veröffentlichten Berichts der Gesundheitsdirektion über die Organisationsmodelle für ein wirksames öffentliches Gesundheitswesen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der Phase der leistungsorientierten Krankenhaussteuerung und jener der integrierten regionalen Leistungssteuerung. Die meisten Fragen betreffen die erste Phase.

Ziel der Pilotversuche in den zehn Testspitälern in der ersten Phase ist es, Erfahrungen für eine allgemeine Einführung der neuen Steuerungsform für Spitäler zu sammeln und die Auswirkungen eines auf den geplanten Leistungen des Spitals aufgebauten Globalbudgets auf die Patientenversorgung, die Spitalführung und -steuerung durch die Spitalträger sowie die Behandlungskosten zu ermitteln. Die herkömmliche Budgetierung soll damit abgelöst werden. Bewährt sich das Modell, werden weitere Spitäler einbezogen werden.

Der Beginn der ersten Versuchsphase in den Testspitälern ist auf 1. April 1995 angesetzt. Für das Rechnungsjahr 1995 werden die durch die Gesundheitsdirektion genehmigten Voranschläge dieser Spitäler auf das neue Modell umgerechnet. Da die Spitäler noch nicht über eine Kostenträgerrechnung verfügen, erfolgt die Umrechnung mit Hilfe eines Modells aufgrund der ausgewiesenen Kosten und Behandlungsfälle nach Krankheitsgruppen. Die Aufbereitung der Behandlungsfälle hat sich als aufwendiger als ursprünglich angenommen erwiesen. Ziel ist es, dass zukünftig die Voranschläge der Spitäler nicht mehr aufgrund der Vorjahreszahlen, sondern anhand der Zahl der Fälle, unterteilt nach Leistungsgruppen und deren standardisierten Mittelbeanspruchung, erstellt werden. Diese Global-Outputbudgetierung ist der erste Schritt zu einer patientenspezifischen Outputbudgetierung.

Das Erarbeiten von Leistungsaufträgen erfolgt in einem separaten Teilprojekt. Die bestehende Krankenhausplanung unterscheidet verschiedene Krankenhauskategorien (Universitäts-, Zentral-, Schwerpunkt-, Regional- und Ergänzungsspitäler) mit bestimmten Versorgungsstufen (Grundversorgung, erweiterte Grundversorgung, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung). Innerhalb der Versorgungsstufen werden die medizinischen Disziplinen (Chirurgie, Gynäkologie usw.) definiert. Diese Definitionen werden nun verfeinert, indem die Leistungsaufträge der Krankenhauskategorien nach Diagnosegruppen (z.B. Geburt, Operationen des Hüftgelenks) umschrieben werden. Mit den Arbeiten wird im ersten Quartal 1995 begonnen.

Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens wurde grosser Wert auf die Qualitätssicherung gelegt. Einzelne medizinische Fachgesellschaften haben bereits Leistungs- und Qualitätsstandards erstellt. Im Rahmen des Projektes sind solche systematisch zu erarbeiten. Ein externer Berater wurde beauftragt, einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung im In- und Ausland auszuarbeiten. Dieser Bericht liegt im Rohentwurf vor. Parallel dazu wurde eine Arbeitsgruppe beauftragt, ein Programm zum Erarbeiten von Instrumenten zur Qualitätssicherung aufzustellen. Einen ersten Zwischenbericht wird die Arbeitsgruppe im Frühjahr 1995 vorlegen. Ein erstes Qualitätssicherungsprogramm wird Anfang Januar 1995 im Bereich der Herzmedizin anlaufen.

Die Pilotversuche mit verschiedenen Instrumenten der Spitalführung und -steuerung sollen zeigen, inwieweit international bewährte Führungsinstrumente wie die diagnosebezogenen Fallgruppen in Zürcher Spitälern angewandt werden können und wieweit Anpassungen an die hiesigen Verhältnisse erforderlich sind. Dabei steht vorweg fest, dass Fallpauschalen im Langzeitbereich nicht anwendbar sind. Im Mittelpunkt der Untersuchungen steht die Frage, wie sich neue Führungsformen auf die Leistungen, Kosten und Qualität der Spitalversorgung sowie das Führungsverhalten auswirken. Es wird zu untersuchen sein, wie das System Spital auf die Beschränkung der Vorgaben auf Leistungs- und Kostenziele (anstelle der bisherigen detaillierten Budgetvorgaben) reagiert und wie sich dies auf die Versorgung auswirkt.

Die Versuchsphase ist auf drei Jahre begrenzt und wird jährlich neuen Erkenntnissen und dem Ausbau des Führungsinstrumentariums (z.B. Kostenträgerrechnung, Verfeinerung des Vergütungssystems für Fallpauschalen, Ausbau der Qualitätssicherung usw.) angepasst. Dabei spielen Indikatoren (wie Aufenthaltsdauer, Kosten pro Fall) eine wesentliche Rolle.

Die erste Phase der Pilotversuche erfordert lediglich eine Anpassung auf Verordnungsstufe im Kompetenzbereich des Regierungsrates (Verordnung über die kantonalen Krankenhäuser). Eine umfassendere Umsetzung der leistungsorientierten Verwaltungsführung erfordert die Anpassung von Gesetzen im Bereich des Finanzhaushaltrechts und des Organisationsrechts. Dies wird im Rahmen der Verwaltungsreform zu prüfen sein.

Die weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauern in den Spitälern, die auch auf Fortschritte der medizinischen Behandlung zurückzuführen ist und bereits in den letzten Jahren zum Bettenabbau beigetragen hat, soll behutsam erfolgen. Sie sollte - nach bisherigen Erfahrungen - vorerst nicht zu einer zusätzlichen Inanspruchnahme von Spitex-

oder Sozialleistungen führen. Es ist vorgesehen, präzisere Daten über den Behandlungsverlauf nach Spitalaustritt zu erstellen.

Die Öffentlichkeit wird in Form von Teilberichten informiert werden. In Ergänzung zum Bericht vom Februar 1994 zu den Organisationsmodellen wird in den nächsten Wochen ein weiterer Bericht über den Rahmen der Pilotversuche den interessierten Kreisen zugestellt werden. Er dient der Präzisierung und vertraglichen Regelung der ersten Phase des Pilotversuchs. Weitere Berichte über Qualitätssicherung, Kostenträgerrechnung u.a. werden folgen.

Die Modellarbeiten konzentrieren sich vorerst auf die Phase der outputorientierten Krankenhaussteuerung im betrieblichen Bereich. In einer späteren Phase sollen umfassendere, mit den übrigen Verwaltungsreformbestrebungen koordinierte Reformen realisiert werden (z.B. erhöhte Verselbständigung staatlicher Betriebe).

Für das Modell der integrierten regionalen Leistungssteuerung sind die Resultate der Vernehmlassung abzuwarten. Die Vernehmlassungsfrist dazu wurde auf 31. Mai 1995 verlängert. Diese Reformen beschlagen fast ausschliesslich die Gesetzesstufe (Regionalisierungen). Hier, wie bei anderen Reformen mit Gesetzesänderungen, werden der Kantonsrat und anschliessend das Volk zu beschliessen haben.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Direktion des Gesundheitswesens.

Zürich, den 11. Januar 1995

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Roggwiller