

Beschluss Nr. 370/2024

Schwyz, 14. Mai 2024 / jh

Postulat P 21/23: Verantwortung übernehmen in der Spitalplanung

Beantwortung

1. Wortlaut des Postulats

Am 30. November 2023 hat Kantonsrat Dr. Antoine Chaix folgendes Postulat eingereicht:

«In letzter Zeit war das Spital Einsiedeln national in den Schlagzeilen eines Boulevardblatts, wobei die dabei erhobenen Vorwürfe und Behauptungen sowohl vom zuständigen kantonalen Amt als Aufsichtsbehörde, wie von den Belegärzten wie auch von den Einsiedler Grundversorgern als haltlos eingestuft wurden.

Was aus meiner Sicht allerdings nicht schönzureden ist, ist die Tatsache, dass es alle drei Spitäler im Kanton aktuell aus verschiedensten Gründen schwer haben. So muss das Spital Lachen den neuerlichen Abgang ihrer CEO verkraften und auch das Spital Schwyz steht vor Herausforderungen.

Das zentrale Problem ist, dass beim damaligen Entscheid gegen die Zweispitalstrategie und für die Beibehaltung des Spitals Einsiedeln auf der Spitalliste, kein alternatives Szenario für die weitere Entwicklung der Spitallandschaft mit drei Standorten entwickelt und politisch umgesetzt wurde. Dieses Versäumnis hat die drei Spitäler zur bekannten Flucht nach vorne gezwungen – mit hohen Investitionen, um an allen Standorten fast alles anzubieten. Dies führte zum aktuellen, sehr misslichen Resultat: es stehen drei Spitäler da, die zusammen ein zu kleines Einzugsgebiet und eine zu starke ausserkantonale Konkurrenz haben, um längerfristig selber gesund zu überleben. Es gibt Doppelspurigkeiten, eine erschwerte Kooperation, da oft in Konkurrenz, sowohl bei den Patientenströmen wie beim schwierigen Rekrutieren von Fachkräften. Der Markt soll es richten, war der damals von einer Mehrheit des Kantonsrats vorgegebene und bisher gültige Weg, den der Regierungsrat nun gemäss seinem Auftrag verfolgt.

Der Markt wird es, wenn es so weitergeht, tatsächlich früher oder später richten, aber über einen langen Weg mit vielen finanziellen Risiken, mit Erschwernissen und ungünstigen Momenten sowohl für das angestellte Personal wie für die Patientinnen und Patienten. Und ob das Schlussresultat zuletzt wirklich das Beste für die Schwyzer Bevölkerung ist, ist stark zu bezweifeln.

Parlament und Regierung des Kantons Schwyz müssen deshalb unbedingt mehr Verantwortung für die zukünftige Entwicklung ihrer Spitallandschaft übernehmen und eine zukunftsweisende Spitalstrategie erarbeiten. Schliesslich geht es um nichts Geringeres als um die stationäre Gesundheitsversorgung des Kantons, welche aber einen grossen Einfluss auch auf die ambulante Versorgung hat, und natürlich zusätzlich um sehr viele Arbeitsstellen.

Wie eine solche Spitalstrategie aussehen könnte, muss von Fachleuten fundiert ausgearbeitet werden. Dabei sind alle möglichen Lösungen von kantonsinternen über kantonsübergreifenden Zusammenarbeitsformen, Spezialisierungen oder Zusammenlegungen so breitgefächert wie möglich in die Diskussion einzubeziehen.

Aus diesem Grund gelange ich an den Regierungsrat mit dem Auftrag, eine fundierte, zukunftsorientierte Spitalstrategie für den Kanton auszuarbeiten.

Hierzu ist in einem ersten Schritt ein Grobkonzept zu erstellen, welches die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen sowie den zeitlichen Ablauf der Erarbeitung einer solchen Strategie aufzeigt und in einem zweiten Schritt die Erarbeitung der entsprechenden Strategie an sich

Nur mit einer klaren Strategie können Regierung und Kantonsrat die politische Verantwortung für ihre Spitäler übernehmen, die ihnen eigentlich zusteht.

Ich bedanke mich für die Beantwortung dieses Postulats.»

2. Antwort des Regierungsrates

2.1 Allgemeines

2.1.1 KVG-Revision Spitalfinanzierung

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich vom 21. Dezember 2007, welche am 1. Januar 2009 in Kraft trat, verfolgte das Ziel, den Wettbewerb unter den Spitälern zu fördern, die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen und das Kostenwachstum einzudämmen. Im Rahmen dieser Revision wurden auch die aktuell geltenden Rahmenbedingungen der kantonalen Spitalplanung festgelegt. Diese umfassende Reform, die sich hauptsächlich auf die stationäre Versorgung in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation konzentrierte, umfasste mehrere Schlüsselmassnahmen, die nachfolgend beschrieben sind:

- *Dual-fixe Finanzierung:* Diese Finanzierungsform, die seit 1. Januar 2012 mit Übergangsbestimmungen bis am 1. Januar 2017 (Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007) umgesetzt wurde, sieht eine Aufteilung der Kosten für stationäre Spitalleistungen zwischen den Kantonen (mindestens 55 %) und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, maximal 45 %) vor. Diese Regelung gemäss Art. 49a KVG gilt für alle Spitäler, sowohl öffentliche als auch solche mit privater Trägerschaft, und soll gleiche Rahmenbedingungen für die Spitäler schaffen.
- *Leistungsbezogene Pauschalen:* Eingeführt mit dem Ziel, die Vergütung stationärer Leistungen anhand von einheitlichen, leistungsbezogenen Pauschalen zu standardisieren, inkludieren diese Pauschalen auch die Anlagennutzungskosten (vgl. Art. 49 und 49a KVG sowie Abs. 1 der

Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007). Dieses System wird im akutstationären Bereich durch das Tarifsysteem SwissDRG seit 2012, in der Psychiatrie durch TARPSY seit 2018 und für die Rehabilitation durch ST Reha seit 2022 angewendet.

- *Kantonale Spitalplanung*: Die Gestaltung der Spitalplanung auf Kantonsebene orientiert sich seit dem 1. Januar 2009 an landesweit geltenden, einheitlichen Kriterien, die Qualität und Wirtschaftlichkeit berücksichtigen, welche ab dem 1. Januar 2015 zwingend sind. Kantone kommen finanziell nur für Leistungen von Spitälern auf, die auf einer kantonalen Spitalliste geführt sind. Für Krankenversicherer besteht die Möglichkeit, Verträge mit Spitälern, die nicht auf einer Spitalliste stehen, für die Vergütung durch die OKP abzuschliessen. Bei diesen sogenannten Vertragsspitälern entfällt der Kantonsbeitrag. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin sind die Kantone angehalten, eine schweizweite Planung durchzuführen (Art. 39 Art 2^{bis} KVG). Mit ihrem Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin vom 14. März 2008 (IVHSM) haben sich alle Kantone entsprechend zur gemeinschaftlichen Planung und Zuweisung hochspezialisierter medizinischer Leistungen verpflichtet. Der Kanton Schwyz ist der IVHSM am 19. November 2008 beigetreten (siehe Kantonsratsbeschluss über den Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 19. November 2008 [SRSZ 574.310] sowie die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin vom 14. März 2008 [IVHSM, SRSZ 574.310.1]).
- *Freie Spitalwahl*: Um den Wettbewerb weiter zu fördern und die Patientenautonomie zu stärken, ermöglicht diese Massnahme gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG seit 2012 den Versicherten, jedes Listenspital in der Schweiz frei zu wählen, wobei die Kosten nach dem Referenztarif des Wohnkantons übernommen werden.

Mit dieser Revision des KVG wurden im Wesentlichen die Rahmenbedingungen für die Spitalplanung der Kantone festgelegt, wobei diese sich primär an der Qualität und Wirtschaftlichkeit orientieren sollen. Die Revision bedeutet für die Kantone aber auch eine Gratwanderung, da sie klar auf eine Stärkung des unternehmerischen Wettbewerbs zielt, die Kantone aber für die Zulassung der Spitäler zur Abrechnung zulasten der OKP im Rahmen von Leistungsaufträgen in der Spitalplanung zuständig sind. Somit liegt die Verantwortung für ein hinreichendes Leistungsangebot bei den Kantonen. Zudem sind die Spitäler in vielen Regionen volkswirtschaftlich relevant und fest in der Bevölkerung verankert. Gleichzeitig bezahlen die Kantone im Rahmen der dual-fixen Finanzierung den grössten Teil der stationären Fallkosten, weshalb sie ein direktes Interesse an einer Eindämmung des Kostenwachstums haben.

2.1.2 GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) unterstützt die Kantone bei der interkantonalen Koordination und Zusammenarbeit im Bereich der Spitalplanung. Dazu veröffentlicht sie Empfehlungen zur Spitalplanung, deren aktuellste Version am 20. Mai 2022 von der Plenarversammlung verabschiedet wurde. Diese Empfehlungen sind für die Kantone nicht bindend, sollen jedoch eine gemeinsame Sicht der Kantone anregen und einen Beitrag zur Koordinationspflicht der Kantone gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG leisten.

Die GDK macht Empfehlungen zu einer Vielzahl von Aspekten wie leistungsorientierte und bedarfsgerechte Spitalplanung, Leistungsspektrum, Wirtschaftlichkeit, Qualität, Erreichbarkeit, Mindestfallzahlen, Mengensteuerung, Aufnahmepflicht, Notfallaufnahme, interkantonale Koordination der Spitalplanung und Patientenströme, Datenlieferung, Arbeitsbedingungen, Ausbildungsleistungen, Controlling, Aufsicht und Sanktionen sowie Datenschutz und Informationssicherheit. Die hinsichtlich des Postulats wichtigen Punkte der hierbei besonders relevanten Empfehlungen 1 und 2 werden nachfolgend zusammengefasst:

Eine leistungsorientierte Spitalplanung muss sich nach den Planungskriterien gemäss Art. 58a ff. der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV, SR 832.102) in Verbindung mit Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG richten und zeichnet sich dabei durch eine umfassende Bedarfsermittlung bzw. -prognose, Bewerbungsverfahren, Beurteilung und Festlegung des Angebots, die Koordination mit anderen Kantonen und den Erlass der Spitalliste aus (Empfehlung 1 a). Dabei hat jeder Kanton den Bedarf seiner Wohnbevölkerung an stationären medizinischen Leistungen zu planen und die ausserkantonalen Patientenströme einzubeziehen (Empfehlung 2 a). Neben der Qualität und Wirtschaftlichkeit ist dabei auch die Versorgungsrelevanz ein mögliches Kriterium (Empfehlung 2 b). Entsprechende Schwellenwerte für die Versorgungsrelevanz sind in den Empfehlungen 2 c und d festgehalten.

2.1.3 Spitalplanung im Kanton Schwyz

Mit der Einführung des revidierten KVG mussten die Kantone ihre Spitalplanungen überarbeiten und diese den neuen KVG-Bestimmungen anpassen. Ziel der Spitalplanung war und ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen Versorgung für die Schwyzer Bevölkerung. Basierend auf dem Versorgungsbericht 2012 sind der Spitalstrukturbericht und die Spitalliste 2012 erstellt worden. Für die Spitalliste sowie die Spitalplanung galt das Prinzip der rollenden Planung. Bei kleinerem Anpassungsbedarf, aufgrund von Anträgen und/oder laufenden Entwicklungen, wurde die Spitalliste ohne Durchführung einer umfassenden Spitalplanung aktualisiert. Neue Anträge konnten von Spitälern, Kliniken oder Geburtshäusern (nachfolgend «Leistungserbringer») jederzeit gestellt werden. Falls die Leistungserbringer den Leistungsauftrag nicht mehr erfüllen konnten, mussten sie diese Änderung gemäss Leistungsvereinbarung beim Departement des Innern melden.

Die Evaluationskriterien für eine Aufnahme auf die Spitalliste basierten 2012 auf dem KVG und dem vom Kanton Zürich entwickelten Spitalplanungsleistungsgruppen-Konzept (SPLG-Konzept). Die Leistungszuteilung zielte darauf ab, eine klare Abgrenzung zwischen Grund-, Zentrums- und universitären Leistungen zu gewährleisten, Mindestfallzahlen zu erreichen und Leistungsaufträge in Leistungsgruppen zu konzentrieren. Die Schwyzer Spitälern konnten die Grundversorgung für die Schwyzer Bevölkerung abdecken. Aus diesem Grund und um die Schwyzer Spitälern am Markt zu stärken, wurden ausserkantonale Leistungserbringer – sofern sie im Standortkanton gelistet waren und die spezifischen Anforderungen wie Qualität, Wirtschaftlichkeit, Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit erfüllten – nur für die erweiterte, spezialisierte Versorgung auf die Schwyzer Spitalliste aufgenommen.

Aufgrund der Unsicherheiten bei der Erarbeitung der Spitalliste 2012 wurden diverse Leistungsaufträge befristet vergeben. Diese Befristungen mussten überprüft werden. Die Spitalliste 2015 war deshalb das Resultat einer grundsätzlichen Überprüfung der Spitalliste 2012 ohne wesentliche Änderungen an den Grundsätzen. Einzige wesentliche Änderung zur Spitalliste 2012 war, dass es den innerkantonalen Leistungserbringern nicht mehr erlaubt wurde, Leistungen bestimmter Leistungsgruppen mit Einschränkungen zu erbringen. Die Spitalliste 2015 richtete sich konsequent nach dem SPLG-Konzept. Die Beschränkung des Leistungsangebots innerhalb einer Leistungsgruppe war deshalb nicht mehr zugelassen.

Aktuell befindet sich der Kanton Schwyz in der Spitalplanung 2024 für die Akutsomatik und die Rehabilitation. Als Resultat der ersten Planungsetappe der Schwyzer Spitalplanung 2024 wurde im Oktober 2022 der «Strategiebericht Schwyzer Spitalplanung 2024» veröffentlicht. Die Spitalplanung 2024 beinhaltet eine umfassende Analyse des Leistungsbedarfs der Schwyzer Bevölkerung bis ins Jahr 2032 (Bedarfsanalyse), die Ausschreibung der Leistungsaufträge und die entsprechende Bewerbung der Leistungserbringer (Bewerbungsverfahren) sowie den Abgleich zwischen Bedarf und Leistungsangebot, welches sich über die Bewerbungen der Leistungserbringer ergibt (Evaluationsverfahren). Das Bewerbungsverfahren wurde Ende April 2023 abgeschlossen. Die eingereichten Unterlagen wurden evaluiert, und die provisorische Spitalliste geht im Sommer

2024 ins rechtliche Gehör. Die Spitalplanung mündet im Erlass der definitiven Spitalliste durch den Regierungsrat, welche auf den 1. Juli 2025 in Kraft treten sollte.

Hervorzuhebende Grundsätze der Spitalplanung 2024 für die Zuteilung der Leistungsaufträge sind die Erreichbarkeit (wird durch die Vergabe der Leistungsaufträge in der Grundversorgung an die innerkantonalen Leistungserbringer erfüllt), die Bedarfsgerechtigkeit (ein Leistungsauftrag für eine bestimmte Leistung kann nur vergeben werden, wenn ein Bedarf für diese Leistung existiert) und die Versorgungsrelevanz. Bei der Versorgungsrelevanz orientiert sich der Kanton Schwyz an den Schwellenwerten der GDK. Werden diese Schwellenwerte überschritten, gilt ein Spital als versorgungsrelevant und eine Vergabe des Leistungsauftrags ist angezeigt, sofern keine anderen Kriterien dagegensprechen.

2.1.4 Auswahl der innerkantonalen Leistungserbringer

Bereits im Jahr 2004 wurde im Kanton Schwyz die Diskussion um eine Leistungskonzentration und somit um die Auswahl der Leistungserbringer geführt. Später hat Regierungsrat in der «Spitalstrategie 2020» (RRB Nr. 451 vom 17. Mai 2011) aufgezeigt, dass die damals und auch heute noch bestehende Spitalstruktur kaum nachhaltig ist. Nach Ansicht des Regierungsrates waren die bestehenden drei akutsomatischen Leistungserbringer in ihrer Struktur suboptimal ausgerichtet, da die kritische Grösse von 8000 bis 12 000 Fällen nicht erreicht wurde. Aus diesen Gründen hat der Regierungsrat in der Spitalstrategie vorgeschlagen, dass sich die Spitäler Einsiedeln und Lachen zusammenschliessen.

Der Kantonsrat hat diese Haltung nicht bestätigt. Das Kantonsparlament war damals der Meinung, dass die Leistungserbringer im freien Markt agieren müssten und man Konkurrenz und Wettbewerb spielen lassen sollte. Das Parlament lehnte jeglichen planwirtschaftlichen Eingriff ab. In diesem Sinne traten die Spitäler weiterhin als eigenständige Leistungserbringer auf und trafen ihre gesamten operativen sowie strategischen Entscheidungen eigenständig. Um diese unternehmerische Freiheit und damit auch die alleinige wirtschaftliche Verantwortung der Leistungserbringer entsprechend festzuhalten, hat das Kantonsparlament im § 10 Abs. 1 des Spitalgesetzes vom 19. November 2014 (SpitG, SRSZ 574.110) geregelt, dass wenn ein (innerkantonales) Spital in ernsthafte finanzielle Schwierigkeiten gerät, sich die Folgen nach der jeweiligen rechtlichen Struktur des einzelnen Spitalträgers bestimmen. Der Kanton ist nicht in der Verantwortung, allfällige Defizite der (innerkantonalen) Spitäler zu decken.

Nachdem für die Spitalliste 2012 alle interessierten inner- und ausserkantonalen Leistungserbringer detailliert zu deklarieren hatten, für welche Leistungsgruppen sie einen Leistungsauftrag beantragten, erhielten die Leistungserbringer den Leistungsauftrag, wenn die Anforderungen auch tatsächlich erfüllt wurden.

Die drei Spitäler Einsiedeln, Lachen und Schwyz erfüllten die Grundvoraussetzungen des Basispakets. Zudem erhielten sie weitere, über das Basispaket hinausgehende Leistungsaufträge, für welche sie sich beworben hatten. Damit deckten die drei grossen innerkantonalen Spitäler die Grundversorgung für die Schwyzer Bevölkerung zum grössten Teil ab. Auf der Spitalliste 2015 behielten die Spitäler Einsiedeln, Lachen und Schwyz im Wesentlichen ihren erweiterten Grundversorgungsauftrag bei.

2.2 Rechtsgrundlagen

Die Spitalplanung ist in Art. 39 KVG geregelt. Gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG werden Spitäler unter anderem zugelassen, wenn sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen. Dabei wird explizit darauf hingewiesen, dass private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind. Erwähnte Voraussetzung gilt gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG sinngemäss für Geburtshäuser sowie

Pflegeheime. Art. 39 Abs. 2 KVG verpflichtet die Kantone zur Koordination in der Spitalplanung. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin sind die Kantone zu einer gesamtschweizerischen Planung angehalten. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, legt der Bundesrat die Leistungszuteilung fest (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Gemäss Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG legt der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit nach Anhörung der Kantone, Leistungserbringer und Versicherer fest.

Diese Planungskriterien legte der Bundesrat in Art. 58a bis 58f KVV fest. Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung gemäss Art. 58a KVV umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung in Spitälern oder Geburtshäusern sowie die Behandlung in Pflegeheimen für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone und wird periodisch überprüft. Laut Art. 58b KVV führen die Kantone eine Versorgungsplanung durch, indem sie den Bedarf anhand statistischer Daten ermitteln, das ausserhalb ihrer Liste beanspruchte Angebot evaluieren und das notwendige Angebot auf der Liste festlegen, um die Versorgung zu sichern, wobei Wirtschaftlichkeit, Qualität der Leistungserbringung und der Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist berücksichtigt werden. Art. 58c KVV legt fest, dass die Planung für die Versorgung der versicherten Personen in der Akutsomatik leistungsorientiert erfolgt, während sie in der Rehabilitation und der Psychiatrie leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen und in Pflegeheimen kapazitätsbezogen stattfinden muss. Art. 58d KVV regelt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität. Die interkantonale Koordination der Planungen wird durch Art. 58e KVV geregelt. Schliesslich legt Art. 58f KVV die Kriterien an die Spitallisten und Leistungsaufträge fest.

Im Kanton Schwyz sind die Spitalplanung und Spitalliste im SpitG geregelt. In § 5 Abs. 1 und 2 SpitG ist festgelegt, dass das zuständige Departement die Spitalversorgung plant und der Regierungsrat gestützt auf die Spitalplanung die Spitalliste mit bedarfsgerechten Leistungsaufträgen erlässt. § 5 Abs. 3 SpitG erlaubt dem Regierungsrat über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge, wenn dadurch Wirtschaftlichkeit oder Qualität der Spitalversorgung gefördert werden.

2.3 Fazit / Haltung des Regierungsrates

Die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung in der Schweiz vom 21. Dezember 2007 verfolgte das Ziel, den unternehmerischen Wettbewerb zwischen den Spitälern zu fördern. Dadurch soll die Effizienz im Gesundheitswesen erhöht und das Kostenwachstum eingedämmt werden. Diese Zielsetzung steht teilweise im Widerspruch zur Aufgabe der Kantone, die für die Zulassung der Spitäler zur Abrechnung zulasten der OKP im Rahmen von Leistungsaufträgen in der Spitalplanung zuständig sind. Die Verantwortung für ein hinreichendes Leistungsangebot liegt bei den Kantonen. Gleichzeitig bezahlen die Kantone im Rahmen der dual-fixen Finanzierung den grossen Teil der stationären Fallkosten, weshalb sie an einer Eindämmung der Kosten direkt interessiert sind.

Im Bewusstsein dieser Ausgangslage hat sich der Kantonsrat gegen eine Zwei-Spitalstrategie entschieden. Er stellte sich gegen planwirtschaftliche Eingriffe und stärkte die unternehmerische Freiheit der Leistungserbringer, die im freien Markt agieren sollen. Damit wird dem Kernanliegen der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung Rechnung getragen. Ob derart grosse planwirtschaftliche Eingriffe wie die Durchsetzung einer Zwei-Spitalstrategie durch die Nicht-Vergabe von Leistungsaufträgen ohne triftige qualitative oder wirtschaftliche Gründe (beziehungsweise die Unterschreitung der Schwellenwerte für Versorgungsrelevanz) mit den Zielen der KVG-Revision in Einklang zu bringen wären, ist hingegen fraglich.

Im Rahmen der Spitalplanung 2024 wurden umfangreiche strategische Arbeiten durchgeführt, um dem Grundsatz der leistungsorientierten und bedarfsgerechten Spitalplanung gerecht zu werden. Diese fanden unter Einbezug von schweizweit anerkannten Experten der Spitalplanung statt und mündeten im «Strategiebericht Schwyzer Spitalplanung 2024», welcher im Oktober 2022 publiziert wurde. Der Kanton Schwyz orientiert sich dabei an den bundesrechtlichen Vorgaben

und den Empfehlungen der GDK, welche der Koordination der Kantone in der Spitalplanung dienen. Leistungsaufträge werden bedarfsorientiert und bei Versorgungsrelevanz vergeben. Somit sind wesentliche Teile der Forderung des Postulats bereits erfüllt. Ein stärkerer Eingriff in die unternehmerische Freiheit der Spitäler ist hingegen nicht im Sinne des geltenden KVG.

Beschluss des Regierungsrates

1. Dem Kantonsrat wird beantragt, das Postulat P 21/23 nicht erheblich zu erklären.
2. Zustellung: Mitglieder des Kantonsrates.
3. Zustellung elektronisch: Mitglieder des Regierungsrates; Staatsschreiber; Sekretariat des Kantonsrates; Departement des Innern; Amt für Gesundheit und Soziales.

Im Namen des Regierungsrates:

Dr. Mathias E. Brun
Staatsschreiber

