

Stationär und ambulant in der medizinischen Versorgung

Michael Jordi

Luzerner Kongress Gesellschaftspolitik
27. November 2024

Bereiche mit (weiterem) Verlagerungspotential

- Akut-somatisch
- Psychiatrie
- Rehabilitation
- Alterspflege

Bereiche mit (weiterem) Verlagerungspotential

Kosten des Gesundheitswesens, 2022

	in Millionen Franken	Anteile (%)*
Leistung - Total	91 482	100
Stationäre Kurativpflege	19 580	21,4
Ambulante Kurativpflege	19 248	21,0
Rehabilitative Pflege	2 190	2,4
Langzeitpflege + Hilfe	18 360	20,1
Gesundheitsgüter	14 559	15,9
Prävention	3 682	4,0
Verwaltung	3 967	4,3
Andere Leistungen	9 895	10,8

* Auf die erste Dezimalstelle gerundete Werte.

Quelle: BFS – Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

Fragestellungen

- Potential aus medizinischer Sicht (inkl. internationale Vergleiche)
- Infrastrukturelle Voraussetzungen
- Personelle Voraussetzungen
- Kostendeckungsbeitrag / Tarife
- Kontrolle der Vorgaben / Listen
- Monitoring der Ergebnisse
- Viele Detailfragen

Etappen Akutsomatik

- Kantone gehen voran mit Vorgaben / Listen
- Absprachen zwischen Kantonen / GDK
- 2019: Einführung einer ersten Liste in der KLV [6 Leistungen]
- per 1.1.2024: Harmonisierung der Eingriffslisten von Bund und Kantonen [18 Leistungsgruppen]
- 2024: Einige Kantone mit Erweiterungen

Anforderungen für Verlagerungsvorgabe

- Eingriffe sind relevant
- Eingriffe sind spezifisch
- Eingriffe sind verlagerbar und haben ein angemessenes Verlagerungspotenzial
- Rahmenbedingungen sind möglichst einfach
- Verlagerung erfolgt OKP-kostenneutral

Ergebnisse I (Monitoring Obsan, 2024)

- Starker Rückgang der stationären Leistungserbringung im 1. + 2. Jahr nach der Einführung der KLV-Regelung
- Rückgang liegt zwischen 30% (Uterus) und 56% (Krampfadern, Leistenbruch und Gebärmutterhals)
- Rückgang mit Liste beschleunigt
- Steigender Anteil der gerechtfertigten stationären Leistungserbringung
- Der Anteil der Eingriffe, für die eine stationäre Durchführung nachweislich gerechtfertigt ist, variiert stark in Abhängigkeit der untersuchten Ausnahmekriterien
- Nach starkem Rückgang 2019 und 2020 steigen die Gesamtkosten und die stationären Kosten der betroffenen Eingriffe ab 2021 wieder an.

Ergebnisse II (Evaluation IDHEAP, 2022)

- Kosten für die ausgewählten Eingriffe gesamthaft gesunken
- Kantone ↘↘, Leistungserbringer ↘ (jedoch auch Einnahmen ↘), Versicherer ~
- LEBR können die Kosten ambulanter Eingriffe nur dann decken, wenn sie Infrastruktur und Prozesse auf eine optimale Weise anpassen (→ grosse Spitäler im Vorteil)
- Voraussetzungen (Infrastruktur, Personal, Prozesse) für massive Erhöhung der Anzahl ambulanter Eingriffe noch nicht bei allen LEBR gegeben
- Nicht sachgerechte Tarifierung ambulanter Leistungen steht massiver Verlagerung im Wege

Ergebnisse III (Evaluation IDHEAP, 2022)

- Umsetzung durch LEBR und Versicherer funktioniert recht gut
 - enger Austausch zwischen GD und Versicherer insb. in Pionierkantonen (= Kantone mit eigener AVOS-Regelung vor 2019)
 - Interpretationsspielraum bei Ausnahmekriterien aus Sicht LEBR zu eng
aus Sicht Versicherer zu breit
- Patientenzufriedenheit durch AVOS nicht beeinträchtigt (insb. bei jüngeren, ausschliesslich grundversicherten Patient:innen)
- Kein Anstieg bei den postoperativen Komplikationen
- Folglich kaum Auswirkung auf nachgelagerte LEBR z. B. der häuslichen Pflege