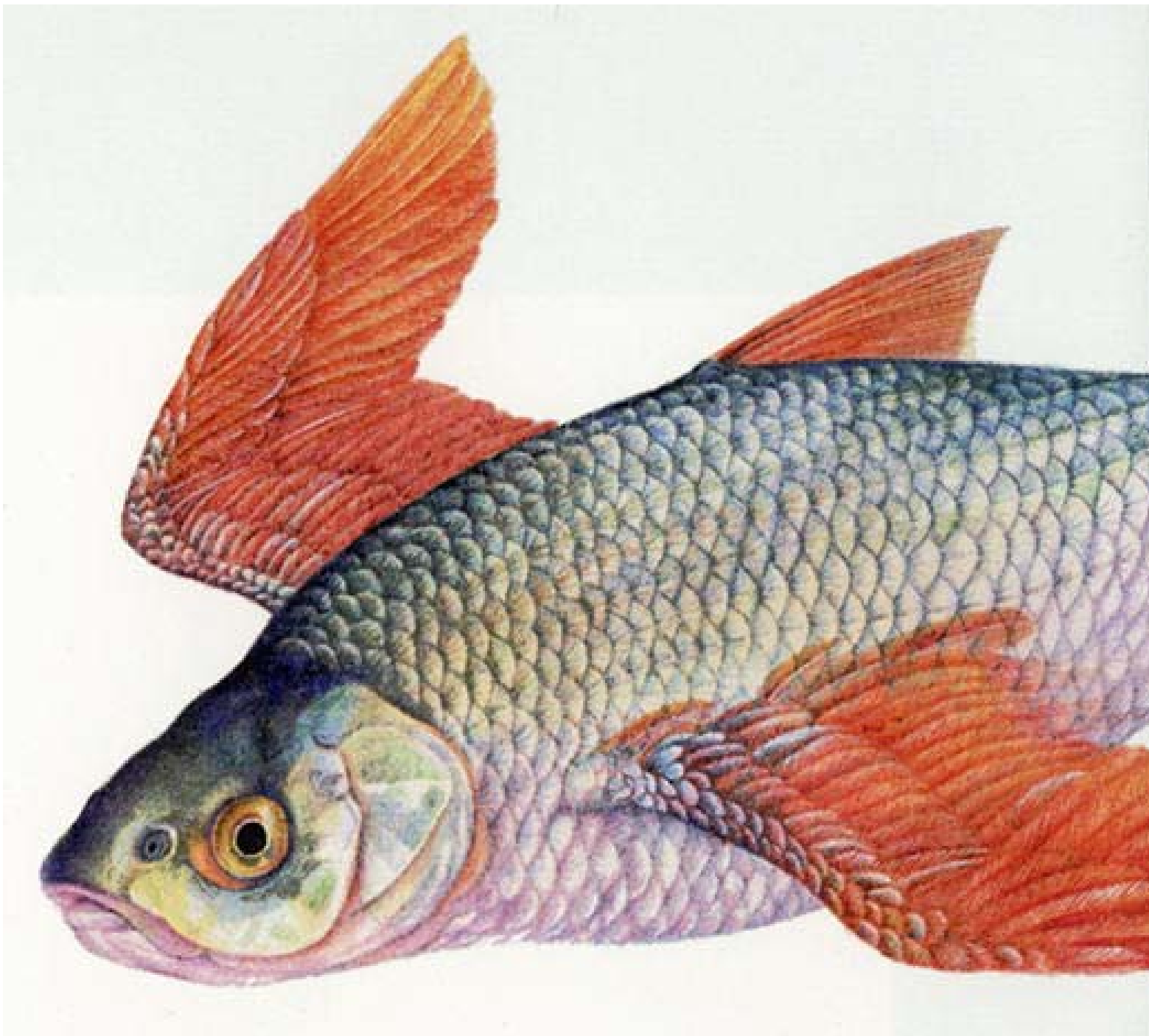


Wie passen Zielvorgaben zur OKP?

WIG Herbstanlass, Winterthur, 7. November 2019





«Orientierungsrahmen» oder «verbindliche Budgetrestriktion»?

«der **Bundesrat** erhält die Kompetenz, die **Globalziele für das Gesamtwachstum der OKP-Gesundheitskosten** festzulegen»

«OKP-Globalziele als **Orientierungsrahmen für Tarifpartner**»

«**Globalziele mit Sanktionsmöglichkeiten** wirken für alle beteiligten Akteure als **verbindliche Budgetrestriktion**»

«Geltende Regelungen» oder «Subsidiäre Bundeskompetenz»?

«die **Kompetenzen** sollten den **geltenden Regelungen** entsprechen»

**stationärer
Bereich:**

«**Kantone** für die Festlegung der Globalziele zuständig»

«organisatorisch im Rahmen von **GDK-Entscheiden**»

**ambulanter
Bereich:**

«neben den **Kantonen** auch die **Tarifpartner** für die Zielfestlegung verantwortlich»

«dürfte nur funktionieren, wenn dem **Bund eine subsidiäre Kompetenz** gewährt würde»

«Zielvorgaben ohne Sanktionen» oder «Globalbudget»?

«von Anbeginn Zielverfehlungen mit **Sanktionen** verknüpfen»

«**anstelle der zuständigen Akteure** setzt der **Bundesrat** die Globalziele für die **nächste Globalzielperiode** fest»

«dies käme einem durch den **Bundesrat vorgegebenen Globalbudget** gleich»

Wie passen Zielvorgaben zur OKP?

«entscheidend ist, dass **keine grundsätzliche Umgestaltung des heutigen Gesundheitssystems respektive der OKP** angestrebt wird»



«Kostenbremse» über Zielvorgaben bzw. Globalbudgets

1. Wie verträgt sie sich mit den geltenden Prinzipien der OKP?
2. Wie wirksam ist sie in der Realität?

Kein Problem, solange...

- Tarifpartner frei in den Verhandlungen
→ **Tarifautonomie** gewährt
- Bund und Kantone als Genehmigungs- und Festsetzungsbehörden
→ **Tariffestsetzung nur subsidiär**, d.h. wenn Verhandlungen stattgefunden haben und tatsächlich gescheitert sind¹
- Zielvorgaben als «Orientierungsrahmen»
→ **ohne Sanktionen**

¹ vgl. Rüttsche (2019). Stellungnahme PKS zur Teilrevision SPFG ZH (degressive Tarife bei Überschreitung von Leistungsmengen)

Problematisch, falls...

- **Automatische Festsetzung** verminderter Tarife in der Folgeperiode
- **Unterschiedliche Entscheidungen** in vergleichbaren Fällen durch Leistungserbringer
- **Beschränkung von Leistungen**, welche WZW-Anforderungen erfüllen²
- Wechsel von einer **nationalen Sozialversicherung** hin zu **kantonalen Globalbudgets** über alle Leistungsbereiche
- **GDK als Entscheidungsgremium** für Globalziele

² vgl. BGE 145 V 116 (Obergrenze Kostenübernahme bei 71-jährigem Patienten)

...aber wenigstens geeignet in der Realität?

- **Fehlanreize** fördern unerwünschtes Ausweichverhalten
 - «Rosinenpicken»: Selektion der Patienten durch die Leistungserbringer
 - Mengenausweitung als dominante Strategie für die Leistungserbringer
 - Verlagerung in Bereiche ohne Zielvorgaben bzw. mit grösseren Budgets
- Budgets fördern «**Silodenken**» und verhindern Flexibilität zwischen Bereichen
- **Fragliche Erfolgchancen**
im stationären Bereich:
 - ernüchternde Erfahrungen mit Globalbudgets nach Art. 51 KVG³
 - kantonale Subventionen in Form von GWL weiterhin als «Ventil»im ambulanten Bereich:
 - ernüchternde Erfahrungen aus LeiKov mit Kostenkorridor
 - ohne Einschränkung bzw. Abschaffung Vertragszwang kaum denkbar

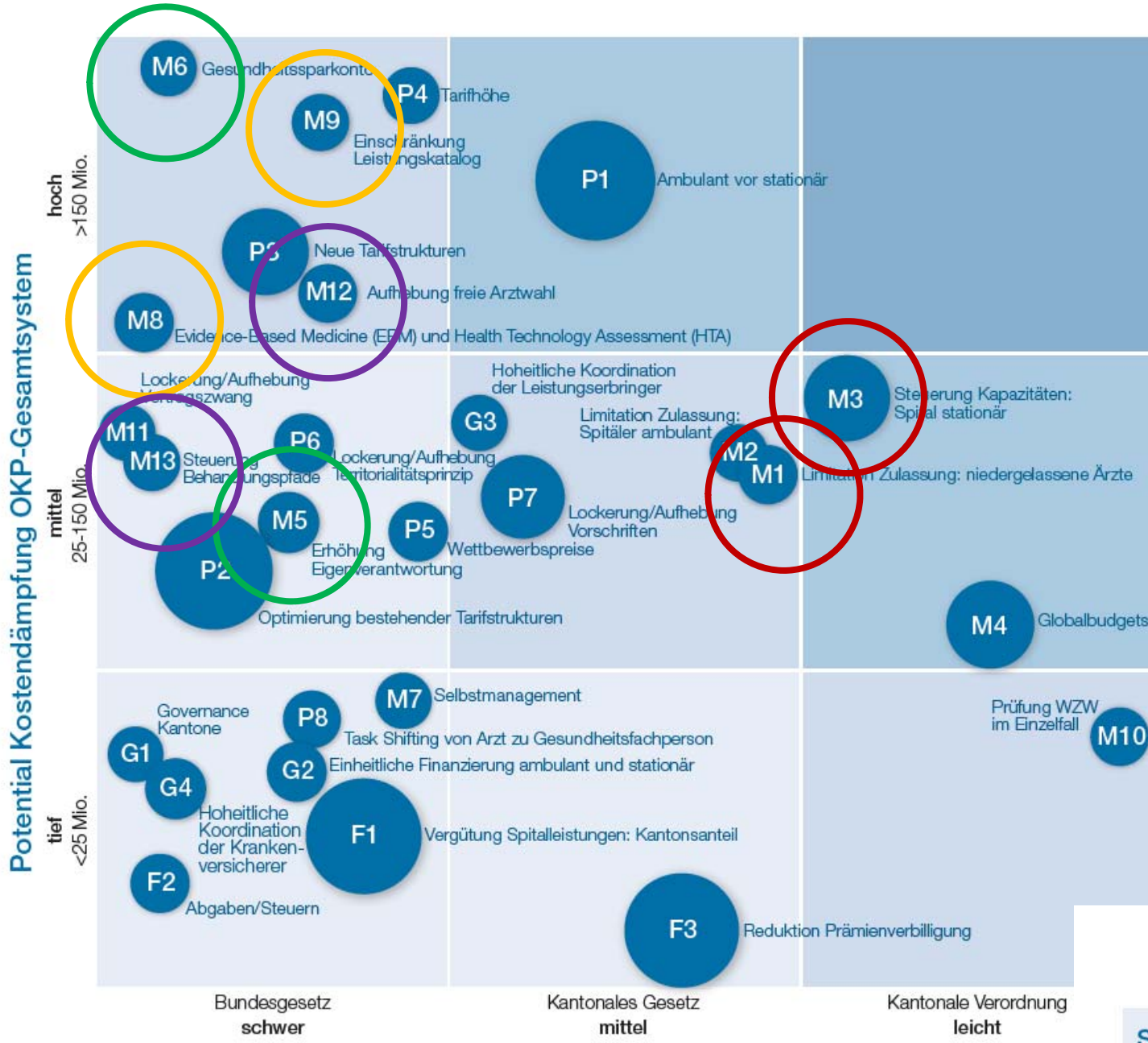
³ vgl. B,S,S (2019). Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung



Gibt es bessere Alternativen zur **Beeinflussung der Leistungsmenge?**

... besser im Fit mit den Prinzipien der OKP
→ passendere Alternativen

... besser in der Beeinflussung der Kostenentwicklung
→ konsequentere Alternativen



4 Stossrichtungen zur Beeinflussung der Leistungsmenge



Quelle: Maurer, M., Knöfler, F., Schmidt, R., & Brügger, U. (2017). Sparpotentiale im Gesundheitswesen: Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürich. Studie im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Beeinflussung der Leistungsmenge → passendere Alternativen

1. Steuerung bzw. Abbau von **Kapazitäten**

- Reduktion Anzahl und Leistungsumfang der Spitäler
- Falls notwendig: quantitative Beschränkung der Leistungen⁴
- Limitierung Zulassung niedergelassene Ärzte (Problem: Insider/Outsider)

2. **Gesellschaftliche Priorisierung** auf Basis Kosten-Wirksamkeitsanalysen

- Systematische Health Technology Assessments (HTA)
- Konsequenz: Reduktion Leistungskatalog
- Mögliche Weiterentwicklung: Explizite Rationierung mittels Kostenobergrenzen für einzelne Leistungen pro Lebensjahr?

⁴ vgl. BGE 138 II 398, bestätigt in 9C_540/2018 (Aadorf-GDZH; noch nicht publiziert)

Beeinflussung der Leistungsmenge → konsequentere Alternativen

3. Integrierte Versorgung als Standard

- Versorgungsnetzwerke
- Steuerung Behandlungspfade
- Gatekeeping, d.h. Einschränkung freie Arztwahl
- Ansatz Israel: Krankenkassen mit HMO-Ansatz

4. Verstärkung **individuelle Eigenverantwortung**

- Deutlich höhere Selbstbeteiligung
- Reduktion «Moral hazard»
- Ansatz Singapur: Gesundheits-Sparkonto und Hochkostenversicherung

