

Oliver Reich, Pius Gyger

KVG-Revision: Alternativvorschlag zur Zulassungsbeschränkung

Im Juli 2008 läuft der Zulassungsstopp für Ärzte aus. Der Bundesrat sah vor, ihn auf diesen Zeitpunkt durch die Vertragsfreiheit abzulösen. Doch das Parlament tut sich schwer mit der Reform. Weitgehend unbestritten sind die positiven Wirkungen von Managed-Care-Modellen. Diese gründen auf der freiwilligen Einschränkung der freien Wahl des Leistungserbringers. Helsana schlägt ein neues, wettbewerborientiertes Modell vor: Versicherer müssen ein neues alternatives Basismodell A «Partnerschaft» anbieten. Die Versicherten können aber freiwillig ein Basismodell B «Pflicht» wählen, das der heutigen ordentlichen Grundversicherung entspricht.

Heute sieht das KVG vor, dass die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern jene frei wählen dürfen, die ihnen für die Behandlung als geeignet erscheinen.

Optional können die Krankenversicherer Versicherungsprodukte anbieten, bei denen die Versicherten ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 41 Abs. 4 KVG). Diese Managed-Care-Modelle stehen in einem wettbewerblichen Verhältnis zueinander. Anerkanntermassen führen sie tendenziell zu einer effizienteren Versorgung. Auch die Qualitätsbemühungen der Leistungserbringer sind in diesen Modellen ausgeprägter (z.B. EQUAM-Stiftung).

Um die Effizienz der Versorgung zu steigern, soll das schweizerische Gesundheitswesen in der obligatorischen Grundversicherung stärker marktwirtschaftlich ausgerichtet werden. Nötig ist eine bessere Basis für die Ausbreitung von Managed-Care-Modellen. Die zentrale Neuerung des Helsana-Vorschlags ist die Umkehrung des heutigen Basismodells «Volle Wahlfreiheit» und des fakultativen Modells «Einschränkung der

Wahlfreiheit (Managed Care)». Als neues Basismodell ist die «Einschränkung der Wahl» (Arbeitstitel «Partnerschaft») und als Variante dazu das Basismodell B «Volle Wahlfreiheit» (Arbeitstitel «Pflicht») vorgesehen. Abbildung 1 illustriert diese Umkehrung.

Die Variante «Partnerschaft» wird zum ordentlichen Grundversicherungsmodell des KVG und muss von jedem Versicherer angeboten werden. Es basiert auf partnerschaftlichen Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Deshalb nennen wir das Basismodell A «Partnerschaft». Die Versicherer müssen jedoch auch das zusätzliche Basismodell «Pflicht» anbieten.

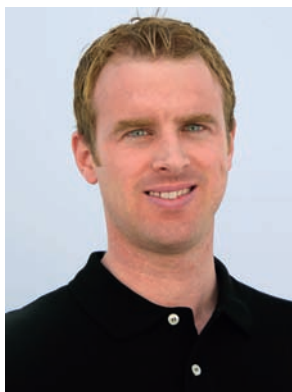
Übersicht der Modelle

Basismodell A («Partnerschaft»)

- Wahlfreiheit der Patienten unter den eingebundenen Vertragspartnern
- Vertragsfreiheit unter den zugelassenen ambulanten Leistungserbringern
- Individuelle Vertragsverhandlungen mit unterschiedlichen Tarifen
- Tarifschutz
- Anwendung Kartellgesetz (keine Verbandsverträge)
- Keine Genehmigung der Tarifverträge durch Bund und/oder Kantone
- Ordentliche Franchise 300 Franken
- Selbstbehalt: 10% bis maximal 700 Franken
- Beispiel eines Angebots:
 - Angebot «Partnerschaft» 1: Monatsprämie 325.–
 - Angebot «Partnerschaft» 2 (Telmed): Monatsprämie 307.–
 - Angebot «Partnerschaft» 3 (HMO): Monatsprämie 278.–

Basismodell B («Pflicht»)

- Wählbare Variante zum Basismodell A («Partnerschaft»)
- Wahlfreiheit der Patienten unter allen ambulanten Leistungserbringern (LE)
- Vertragszwang unter den zugelassenen LE
- Tarifverträge unter Verbänden
- Tarifschutz
- Genehmigung durch Bund und/oder Kantone



Oliver Reich



Pius Gyger

Re-thinking ...

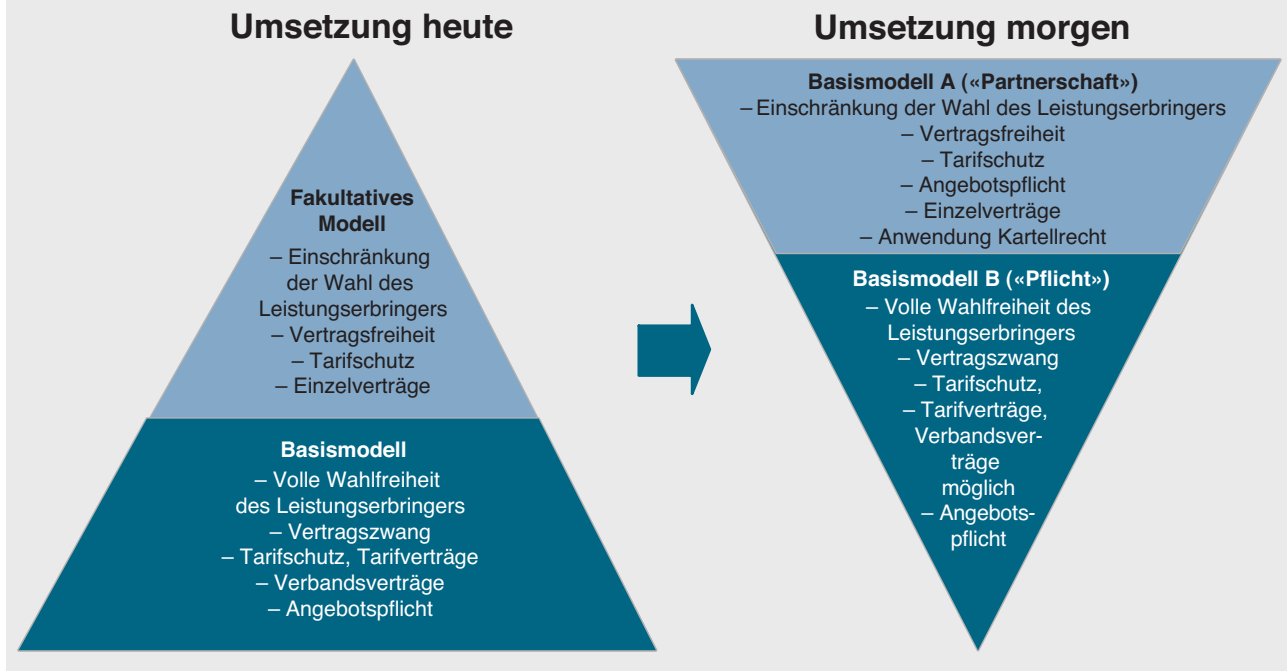


Abbildung 1 Umkehrung des Basismodells (Quelle Helsana).

- Ordentliche Franchise 1000 Franken
- Selbstbehalt: 20% bis maximal 700 Franken
- Beispiel eines Angebots:
Angebot «Pflicht» 1: Monatsprämie 325.–

Gemeinsamkeiten der neuen Basismodelle A «Partnerschaft» und B «Pflicht»

In beiden Modellen gelten die folgenden Regelungen:

1. Der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergütende Grundleistungskatalog gilt für beide Modelle unverändert.
2. Beide Modelle sind von schweizweit tätigen Krankenversicherern auch schweizweit anzubieten. Jeder Versicherer muss kantonale mindestens eine Variante des Basismodells A «Partnerschaft» und das Basismodell B «Pflicht» anbieten.
3. Innerhalb und zwischen den beiden Modellen herrscht volle Freizügigkeit. Der Abschluss eines Versicherungs-

vertrags darf auch nicht an eine Gesundheitsprüfung geknüpft oder mit Gesundheitsvorbehalten versehen werden.

4. Die Patienten haben Anspruch auf einen vertraglich vereinbarten Tarif. Die Leistungserbringer haben sich an die vertraglich vereinbarten Tarife zu halten und dürfen für die vertraglich vereinbarten Leistungen keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz).
5. In beiden Modellen werden nach Prämienregion abgestufte Kopfprämien erhoben.
6. Die Prämienverbilligung garantiert wie bisher den sozialen Ausgleich.
7. Die Versicherungsverträge haben eine Mindestlaufzeit von einem Jahr und dürfen nur dann vorzeitig gekündigt werden, wenn der Krankenversicherer während der Vertragsdauer die Prämie erhöht.

Basismodell A «Partnerschaft»

Wahl des Leistungserbringers

Beim neuen Basismodell steht die freie Wahl der Leistungserbringer im Vordergrund, die vom Versicherer vertraglich und partnerschaftlich eingebunden sind. In der

Um die Effizienz der Versorgung zu steigern,
ist eine bessere Basis für die Ausbreitung
von Managed-Care-Modellen nötig.

Wahl des Versicherers sind die Versicherten frei. Wie in den heutigen Managed-Care-Verträgen werden Qualität, Wirtschaftlichkeit und eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung «automatisch» zu Kriterien für einen Vertragsabschluss. Leistungserbringer haben einen Anreiz, ihre Qualität zu messen und transparent zu machen. Der Patient hat die freie Arztwahl und kann sich auf die Qualität der Behandlungen verlassen. Konsequenterweise soll in diesem Zusammenhang von einer qualitativ hochstehen-

**Beim neuen Basismodell steht die freie Wahl
der Leistungserbringer im Vordergrund,
die vom Versicherer vertraglich und
partnerschaftlich eingebunden sind**

den «Partnerschaft», wie das in den heutigen Managed-Care-Beziehungen bereits der Fall ist, gesprochen werden. Die Zulassungsbeschränkung gemäss Art. 55a KVG kann aufgehoben werden. Eine unabdingbare Voraussetzung für die vermehrte Suche nach Effektivität und Effizienz bei Vertragsfreiheit ist – in einem System der Einheitsprämie – die Verbesserung des Risikoausgleichs unter den Krankenversicherern. Das Parlament hat in der Winter-session 2007 die Weichen dazu gestellt.

Dem neuen Basismodell sind auch sämtliche vertraglichen Managed-Care-Modelle (Hausarzt-, HMO- sowie Tel-med-Modelle) zuzuordnen. Diese Verträge umfassen weiterführende Steuerungs- sowie Anreizinstrumente und weisen somit auch ein zusätzliches Potential zur Kostendämpfung auf. Für die Modelle können unterschiedliche Prämien verlangt werden. Mit dem Basismodell unterstützt Helsana die Verbreitung von Managed Care und fördert gleichzeitig die Netzwerkbildung. Diese Modelle beruhen auf Freiwilligkeit der beteiligten Ärzte, Patienten und Versicherer, denn nur so sind sie erfolgreich.

Versicherte

Grundsätzlich muss jeder Versicherte das Basismodell «Partnerschaft» abschliessen (Versicherungspflicht). Beim Übergang vom heutigen Grundversicherungsmodell zum neuen System werden also alle Versicherten automatisch diesem neuen Basismodell zugeordnet.

Die Umstellung auf die Alternative bedingt, dass die Versicherten informiert sind, wenn sie die Leistungserbringer auswählen. Deshalb braucht es eine regelmässige Information der Versicherten durch die Krankenversicherer über die vorhandenen Angebote, die Verträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern sowie über die Qualität der medizinischen Versorgung. Die Krankenver-

sicherer werden einen starken Anreiz haben, dieses Wissen ihren Versicherten und anderen Interessenten bereitzustellen, da sie in Konkurrenz um die Kunden stehen. Die Pflicht zur Information über Qualitätsangaben der Leistungserbringer, wird zudem den Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern fördern.

Prämien und Kostenbeteiligung

Die neuen Basismodelle werden weiterhin mit einer nach Kanton und Prämienregion abgestuften Kopfprämie sowie der Kostenbeteiligung finanziert. Die konkrete Ausgestaltung der Prämie ist wie folgt definiert:

- Identische Prämien bei beiden Modellen (Basismodell A und Basismodell B). Mindestens eines der Basismodelle A «Partnerschaft» hat die gleiche Prämie wie das Basismodell B «Pflicht». Die Endbelastung unterscheidet sich allein durch die Höhe der Kostenbeteiligung.

Im neuen Basismodell vorgesehen sind wie bis anhin die ordentliche Franchise von CHF 300.–, die Wahlfranchisen sowie ein Selbstbehalt von 10%, bis max. CHF 700.–. Durch die differenzierte Kostenbeteiligung werden Managed-Care-Modelle erheblich attraktiver als heute.

Denkbar und prüfenswert wäre auch eine ersatzlose Aufhebung der heutigen Wahlfranchisen. In dieser Variante gibt es im Basismodell lediglich noch eine Form der Kostenbeteiligung: Die ordentliche Franchise sowie den Selbstbehalt. Das System wird transparenter, die Selektionsmöglichkeiten der Versicherten über eine strategische Wahl der Wahlfranchise und die damit einhergehende patienteninduzierte Risikoselektion werden abgeschafft¹.

¹ Zahlungen im Krankheitsfall durch den Versicherten sollen zusätzliches Geld in das System bringen, das Anspruchsverhalten der Versicherten steuern sowie die Eigenverantwortung stärken. Die Literatur dazu vermittelt unterschiedliche Ansichten, jedoch keine klaren Antworten. Ein Teil spricht der Eigenverantwortung die postulierten Wirkungen zu, ein anderer proklamiert sie als medizinischen «Unsinn». Zusätzliche Zahlungen würden die Patienten dazu bringen, auf notwendige Arztbesuche zu verzichten oder diese zu verschieben, Therapieabbrüche würden gefördert. Dies führe letztlich zu erheblichen Mehrkosten durch vermeidbare Komplikationen. Was sich hingegen feststellen lässt: Mit den gesetzlichen Rabatten im heutigen System der Wahlfranchisen werden dem Versicherungssystem über 2 Mia. Franken entzogen (eigene Berechnungen). Das System der Wahlfranchisen hat also zu einer erheblichen Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden geführt. Zudem behindern Wahlfranchisen die Ausbreitung von Managed-Care-Modellen, denn bei der Wahl eines Versicherungsproduktes steht vor allem der Preis im Fokus. Darum entscheiden sich die meisten für einen hohen Prämienrabatt. Dieser ist gemäss KVG eindeutig den Wahlfranchisen vorbehalten, denn dort liegt der maximale Rabatt bei bis zu 50% im Gegensatz zu den 20% bei Managed-Care-Modellen.

Berechnungen von Helsana haben ergeben, dass rund 75% ihrer Versicherten bei einem Systemwechsel sowie gleichzeitiger Abschaffung der Wahlfranchisen von einer tieferen Prämie profitieren würden.

Verträge und Tarife

Beim Basismodell A «Partnerschaft» wird ein neues Wettbewerbselement eingeführt: Für die vom Kanton zugelassenen ambulanten Leistungserbringer gilt Vertragsfreiheit. Die Versicherer haben den Anreiz, besonders effizient und effektiv arbeitende sowie qualitativ hochstehende Leistungserbringer unter Vertrag zu nehmen und regional eine genügend breite Versorgung anzubieten. Sie stehen nämlich ebenfalls zueinander im Wettbewerb.

Da jedoch die Versicherten ihre Krankenversicherung jährlich wechseln können und Qualitätsinformationen zur Verfügung gestellt werden, wird es nicht nur zu einem kostenreduzierenden, sondern auch zu einem qualitätsfördernden Wettbewerb kommen. Die Leistungserbringer müssen versuchen, auf die Präferenzen der Patienten einzugehen, und die Qualitätsanstrengungen transparent machen, da sie sonst Gefahr laufen, zukünftig keinen Vertrag zu bekommen. Der Versicherer folgt nämlich den Kundenwünschen.

Durch die individuellen Vertragsverhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern kann auch vermehrt dank einer unterschiedlichen Tarifierung auf bedarfsgerechte Kundenangebote eingegangen werden. Es entstehen für alle Beteiligten unternehmerische Freiräume. Beispielsweise kann mit differenzierten finanziellen Anreizen auf eine tiefe Zahl an Leistungserbringern in bestimmten Fachbereichen oder Regionen reagiert werden.

Da seitens der Versicherer eine Angebotspflicht für das Basismodell besteht, sind sie gezwungen, Vertragspartner zu finden. Das heisst: Sollte sich kein Vertragspartner bei den Leistungserbringern finden, wird der Versicherer sein Vertragsangebot aufbessern und/oder seine Anforderungen vermindern müssen.

Versorgungssicherheit

Durch das bestehende Versicherungsobligatorium ist per se sichergestellt, dass niemand aus finanziellen Gründen von der medizinischen Grundversorgung ausgeschlossen wird. Die Krankenversicherer sind nach Art. 41 Abs. 2 KVG verpflichtet, medizinisch notwendige Leistungen zu übernehmen. Das heisst: Die Versorgungssicherheit ist jederzeit ohne Planung gewährleistet.

Selbstverständlich kann der «Partnerschaft»-Versicherte in Notfällen auch von einem Leistungserbringer behandelt werden, der nicht in seinem Wahlrecht liegt. Diese Notfallorganisation soll – unabhängig von den Angeboten der

Versicherer – separat von den Standesorganisationen kantonal oder regional organisiert und mit dem Tarif aus dem «Pflicht»-Basismodell B vergütet werden.

Basismodell B «Pflicht»

Wahl des Leistungserbringers und Versicherte

Im freiwillig wählbaren Basismodell B «Pflicht» hat der Versicherte die volle Wahlfreiheit unter den ambulanten Leistungserbringern. Der Kunde muss sich aber explizit für das Basismodell B, also die volle Wahlfreiheit, entscheiden.

Prämien und Kostenbeteiligung

Die möglichen Finanzierungsvarianten der Kopfprämie wurden bereits erläutert. Der entscheidende Unterschied zwischen Basismodell A und Basismodell B ist die Höhe der Kostenbeteiligung: Im Basismodell B ist die ordentliche Franchise auf 1000 Franken sowie der Selbstbehalt auf 20%, bis max. 700 Franken, festzulegen.

**Im freiwillig wählbaren Basismodell B «Pflicht»
hat der Versicherte die volle Wahlfreiheit unter
den ambulanten Leistungserbringern**

Wählt ein Versicherter das Basismodell B und bleibt gesund, stimmt seine finanzielle Belastung mit jener des Basismodells A überein. Muss er hingegen Leistungen in Anspruch nehmen, so hat er diese länger als im Basismodell A aus der eigenen Tasche zu finanzieren. Dies ist der Preis der Wahlfreiheit. Damit liegt kein Prämiensparmodell vor. Vielmehr ist eine qualitativ hochstehende Versorgung für alle Bevölkerungsschichten gewährleistet.

Verträge und Tarife

Beim Basismodell B besteht analog zur heutigen Regelung Vertragszwang. Tarifverträge werden zwischen Leistungserbringern und einzelnen Versicherern oder deren Verbänden abgeschlossen. Sie müssen jeweils von der kantonalen Regierung oder vom Bundesrat genehmigt werden. Mit dieser Regelung ist garantiert, dass alle zugelassenen Leistungserbringer mindestens einen Tarifvertrag mit jedem zugelassenen Versicherer haben. Der Marktzugang ist für alle Leistungserbringer sichergestellt. Dieser Einheits-tarif ist bei der Vergütung von Notfällen anzuwenden.

Versorgungssicherheit

Die Krankenversicherer sind nach Art. 41.2 KVG verpflichtet, notwendige Leistungen zu übernehmen. Die Versorgungssicherheit ist wie heute jederzeit gewährleistet.

Auswirkungen

Die Umsetzung des neuen, wettbewerbsorientierten Basismodells A «Partnerschaft» führt zu Verbesserungen. Das Modell ...

- verstärkt die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystems,
- verbessert die Qualität der Leistungen (Effizienz und Transparenz),
- vermeidet Unterversorgung in bestimmten Fachgebieten und Regionen und führt zu Tarifierhöhungen bei Knappheit des Angebotes,
- reduziert Überkapazitäten,
- begünstigt dank Konkurrenz eine höhere Effizienz,
- fördert Netzwerke und Managed Care,
- räumt allen Akteuren mehr unternehmerische Gestaltungsfreiräume ein (ausser dem Kanton),
- garantiert allen zugelassenen ambulanten Leistungserbringern mindestens einen Tarifvertrag mit den Versicherern (im Basismodell B «Pflicht») und gewährleistet den Marktzugang,
- senkt die Hürde der Wahl von «Partnerschaft» durch die Einführung als Basismodell und eine höhere Kostenbeteiligung bei freier Arztwahl.

Dank des Helsana-Vorschlags ist ein Ausweg aus der aktuellen Zulassungsstopp-Sackgasse möglich. Wir sind überzeugt, dass die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt wird, wenn diese in Zukunft vermehrt zwischen von Versicherern und Leistungserbringern bilateral partnerschaftlich ausgehandelten, preisdifferenzierten Paketen auswählen können. Die Wahlfreiheit der Kunden sorgt für Druck in bezug auf andere zentrale Wettbewerbsfaktoren wie Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Damit schafft man eine nachhaltige Grundlage für vermehrtes Kosten-Nutzen-Denken, in dem diejenigen den Ton angeben, die das Gesundheitssystem finanzieren – die Prämien- und Steuerzahler. Die Versicherer haben ein klares Interesse an einem kundenorientierten Angebot und sie können dabei den Tatbeweis erbringen, dass der Vorwurf zu kurz greift, ihr Fokus gelte nur ein-

Ihre Meinung, bitte!

Was halten Sie, liebe Leserin, lieber Leser, vom Vorschlag, der in diesem Artikel beschrieben ist? Sind Sie dafür oder dagegen? Wo sehen Sie die Chancen, wo die Tücken? Auf der Website unserer Zeitschrift www.care-management.emh.ch ist Ihre Meinung gefragt.

Unter den Teilnehmenden der Umfrage werden fünf Gewinner gezogen. Diese dürfen sich einen Titel aus dem EMH-Buchsortiment mit einem Verkaufspreis von max. CHF 60.– aussuchen. www.emh.ch/books

seitig den Kosten und nicht der Qualität der Versorgung. Denn wer nur mit möglichst «billigen» oder nur mit wenigen Ärzten zusammenarbeitet, dem laufen am Ende die Kunden davon. Der Versicherer setzt damit seine Existenz aufs Spiel.

Oliver Reich
Gesundheitsökonomie/-politik
Pharma & Managed Care
Helsana Versicherungen AG
Postfach, 8081 Zürich
oliver.reich@helsana.ch

Pius Gyger
Leiter Gesundheitsökonomie/-politik
Helsana Versicherungen AG
Postfach, 8081 Zürich
pius.gyger@helsana.ch