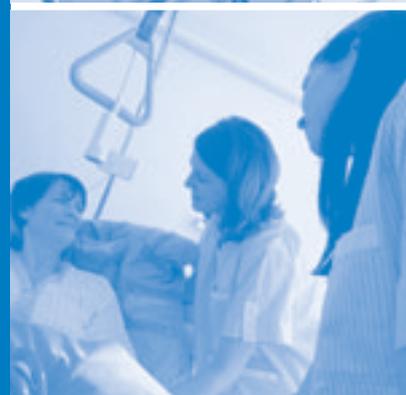


Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Managed Care

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt



BAG OFSP UFSP SFOPH

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Managed Care

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt

Markus Moser

Februar 2004

Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht in seiner Reihe «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung» konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Gesundheit wieder.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Publikationszeitpunkt: September 2005

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Gesundheit.

Weitere Informationen: BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Adrian Schmid, Telefon +41 (0)31 322 90 97
adrian.schmid@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

BBL-Artikelnummer: Form. Nr. 316.707

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 9.05 500 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	1
	Avant-propos	2
	Premessa	3
	Foreword	4
	Zusammenfassung	5
	Résumé	9
	Riassunto	13
	Summary	17
1	Ausgangslage	21
2	Problemstellung und Zielsetzung	24
3	Vorgehen	28
4	Realisierbares Konzept	29
4.1	Die Definition von Managed Care Modellen	29
4.2	Managed Care als Versorgungsmodell innerhalb der OKP	29
4.2.1	Wahlmöglichkeit innerhalb der OKP beibehalten	29
4.2.2	Die Umschreibung der Merkmale und Voraussetzungen im Gesetz	30
4.3	Spezielle Regelungen für Versorgungsmodelle	32
4.3.1	Leistungs- und Tarifrecht	33
4.3.2	Finanzierung	34
4.4	Weitere Massnahmen zur Förderung von Managed Care	37
4.4.1	Punktuelle Massnahmen im Bereich von Managed Care	37
4.4.2	Grundlagenarbeiten zur Förderung von Managed Care	38
4.4.3	Evaluation der Modelle	38
4.4.4	Einbezug der Taggeldversicherung	38
4.4.5	Forschung	38
4.5	Beurteilung des Konzeptes	38
4.6	Auswirkungen auf Chronischkranke	40
4.7	Umsetzung in der Gesetzgebung	40
4.8	Beurteilung des Konzeptes durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe	40
4.9	Persönliche Empfehlung des Experten	40
5	Verworfenne Modelle	44
5.1	Pflicht zum Beitritt zu Managed Care Modellen	44
5.2	Managed Care Modell als Grundform der OKP	44
5.3	Verpflichtung der Versicherer zum Angebot von Managed Care Modellen	44

6	Rahmenbedingungen	47
6.1	Zusammenwirken mit den anderen Teilprojekten	47
6.1.1	Teilprojekt Kostenbeteiligung	47
6.1.2	Teilprojekt Kontrahierungszwang	47
6.1.3	Teilprojekt Spitalfinanzierung	47
6.2	Unterstützende Massnahme – Risikoausgleich	48
6.3	Abschätzen der Auswirkungen	49
	Anhang	51

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Experte:	Dr. Markus Moser
Santésuisse:	Pius Gyger (Helsana) Stefan Schütz (ÖKK Basel)
FMH:	Dr. Max-Albrecht Fischer Philip Baumann (BlueCare)
Medix Management AG:	Dr. Andreas Weber
SDK:	Jana A. Faehnrich (Gesundheitsdirektion Kt. ZH)
H+:	Stephan Hänsenberger
Qualitätszirkel Ärzte- Apotheker, Freiburg:	Dr. Olivier Bugnon
BSV:	Dr. Felix Gurtner Ralf Kocher

Für Zeiten des Aufbruchs

Aufbruchstimmung herrschte. Damals im Frühjahr 2002. Der Bundesrat hatte sich zur Klausursitzung in die Thurgauer Kartause Ittingen zurückgezogen und über den Stand und die Zukunft des Krankenversicherungsgesetzes KVG beraten. Seine Diagnose: Das KVG habe sich «grundsätzlich bewährt», allerdings wolle er «kostendämpfende Massnahmen noch vermehrt fördern». Für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung beschloss der Bundesrat einen Etappenplan. Unter anderem wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, längerfristige Reformschritte vorzubereiten – mit dem Ziel, die Grundlagen für eine spätere dritte Teilrevision des KVG zu schaffen. Konkret erhielt EDI vom Bundesrat den Auftrag,

- realisierbare Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Ärzten und allenfalls Spitätern und für die monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung garantiert bleiben soll;
- zu prüfen, wie Managed-Care-Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden können und entsprechende Vorschläge zu unterbreiten;
- Vorschläge für die Steuerung der Nachfrage durch eine modifizierte Kostenbeteiligung (einkommensabhängige Franchise bzw. Kostenbeteiligung; nach medizinischer Leistung differenzierter Selbstbehalt) auszuarbeiten, deren ökonomische Anreizwirkung zu analysieren und dem Bundesrat vorzulegen.

Im Verlauf der Arbeiten wurden die «Finanzierung der Pflege» sowie das übergreifende Thema «Überprüfung Risikoausgleich» als Teilprojekte integriert.

Entstanden sind im Rahmen des Gesamtprojektes «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision» innert Jahresfrist sechs fundierte Berichte von ausgewiesenen Experten ihrer Materie:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Bern
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zürich;
- «Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zürich;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Bern

Nachdem der Nationalrat in der Wintersession 2003 die 2. KVG-Revision abgelehnt hatte, wurden die Arbeiten an der 3. KVG-Revision abgebrochen – insbesondere die Analyse von neuen Gesamtmodellen, die sich aus den Einzelvorschlägen der Experten ergaben. Verloren gingen die Ideen damit aber nicht: Das EDI beschloss Anfang 2004, in der Neuauflage der KVG-Revision die ausformulierten Vorschläge der 2. Revision zurückzugreifen und zum Teil mit neuen Elementen zu ergänzen, die sich aus den Vorarbeiten zur 3. Revision ergaben.

Der Inhalt der sechs Expertenberichte ist breit und sprengt den Rahmen des politisch Machbaren. Doch das Wissen, die Analysen und die Ideen müssen der Fachwelt zugänglich bleiben. Für viele Jahre. Immer wieder, wenn Aufbruchstimmung herrscht.

Hans Heinrich Brunner
Vizedirektor BAG

En temps de renouveau

Un vent de renouveau soufflait. C'était au début de l'année 2002. Le Conseil fédéral s'était alors retiré dans la Chartreuse d'Itingen (canton de Thurgovie) pour une séance spéciale, afin d'évaluer la situation concernant la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et envisager son avenir. Son diagnostic : la LAMal a fait ses preuves mais le Conseil fédéral souhaiterait renforcer davantage les mesures de maîtrise des coûts. Il a alors décidé de concevoir un plan progressif pour améliorer le système de l'assurance-maladie. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a notamment été chargé de prévoir une réforme par étapes à long terme et ce, dans le but de préparer les bases d'une troisième révision de la LAMal. En clair, le Conseil fédéral a mandaté le DFI afin qu'il :

- propose des modèles réalisables pour la suppression de l'obligation de contracter pour les médecins et les hôpitaux ainsi que pour le financement moniste des hôpitaux, cadre dans lequel les soins de base continuent à être garantis,
- examine comment les modèles de réseaux de soins intégrés peuvent être encouragés au moyen de systèmes incitatifs appropriés et qu'il soumette des propositions en conséquence,
- formule des propositions concernant le contrôle de la demande, par une participation aux coûts modifiée (franchises établies en fonction du revenu ou de la participation aux coûts ; quote-part différenciée en fonction de la prestation médicale), qu'il analyse la rentabilité de leur effet incitatif et les soumette au Conseil fédéral.

Les projets partiels « financement des soins » et « examen de la compensation des risques » se sont rajoutés au cours des travaux.

En un an, six rapports ont été rédigés par des experts qualifiés dans le cadre du projet global « Bases de la troisième révision partielle de la LAMal » :

- « Financement hospitalier moniste », Robert E. Leu, Institut d'économie politique, Université de Berne
- « Obligation de contracter », Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurich
- « Réseau de soins intégrés » (Managed Care), Markus Moser, conseiller juridique en matière de santé publique, Niederwangen
- « Participation aux coûts », Heinz Schmid, actuaire, Biel-Benken
- « Financement des soins », Rolf Iten et Stephan Hammer, Bureau Infras, Zurich
- « Compensation des risques », Stefan Spycher, Bureau Bass, Berne

Après que le Conseil national a refusé la deuxième révision de la LAMal lors de la session d'hiver en 2003, les travaux engagés pour la troisième révision ont été interrompus, en particulier l'analyse des nouveaux modèles globaux issus des propositions faites par chaque expert. Mais les idées ont été conservées : le DFI a décidé, début 2004, de reprendre les propositions formulées dans le cadre de la deuxième révision pour la nouvelle édition de la révision de la LAMal et de les compléter par de nouveaux éléments provenant des travaux préparatoires de la troisième révision.

Le contenu des six rapports d'experts est étendu et sa mise en pratique n'est pas réalisable au plan politique. Mais les connaissances, les analyses et les idées doivent cependant continuer à faire partie du monde des spécialistes. Pour de longues années, à chaque fois qu'un vent de renouveau soufflera.

Hans Heinrich Brunner
Vice-directeur OFSP

In attesa del grande cambiamento

Allora, nel febbraio 2002, l'atmosfera era quella che preannuncia un rivolgimento. Il Consiglio federale si era ritirato in clausura nell'ex monastero certosino Kartause di Ittigen per discutere in merito alla legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e al suo futuro. La sua diagnosi: la LAMal «in linea di principio ha dato buona prova», tuttavia il Consiglio federale intende «promuovere maggiormente le misure volte ad arginare i costi». Per progredire nello sviluppo dell'assicurazione malattie, il Consiglio federale ha deciso un piano a tappe. Tra l'altro, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) è stato incaricato di dare avvio ai lavori preparatori a lunga scadenza in vista della riforma, allo scopo di elaborare le basi per una futura terza revisione della LAMal. Concretamente il DFI è stato incaricato dal Consiglio federale di:

- presentare modelli attuabili per la soppressione dell'obbligo di contrarre per i medici ed eventualmente gli ospedali e per il finanziamento ospedaliero monistico, senza tuttavia rinunciare alla garanzia delle cure di base;
- verificare la possibilità di promuovere modelli managed care con adeguati sistemi di incentivo e presentare proposte in tale senso;
- elaborare delle proposte per il controllo della domanda mediante una modifica del principio della partecipazione ai costi (franchigia proporzionale al reddito e partecipazione ai costi; aliquota percentuale differenziata secondo la prestazione medica), analizzare gli effetti dell'incentivo economico e presentarne i risultati al Consiglio federale.

Nel corso dei lavori, sono stati integrati come sottoprogetti l'aspetto del «finanziamento delle cure» e il tema trasversale dell'«esame della compensazione dei rischi».

Nell'ambito del progetto globale «Aspetti fondamentali della 3a revisione parziale della LAMal», nell'arco di un anno, sono stati stesi da comprovati esperti in materia sei rapporti consolidati:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Berna;
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurigo;
- «Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zurigo;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Berna.

In seguito al rigetto della 2a revisione della LAMal da parte del Consiglio nazionale, nella sessione invernale 2003, sono stati interrotti i lavori della 3a revisione, in particolare l'analisi di nuovi modelli di finanziamento usciti dalle singole proposte degli esperti. Ma questo colpo di freno non ha cancellato le idee: il DFI, all'inizio del 2004, ha deciso di riprendere nel nuovo testo di revisione della LAMal le proposte formulate nell'ambito della 2a revisione e, in parte, di completarle con nuovi elementi scaturiti dalla 3a revisione.

Il contenuto dei sei rapporti peritali è ampio e supera i limiti di quanto è politicamente realizzabile. Tuttavia non dobbiamo precludere agli specialisti l'accesso alla conoscenza, alle analisi e alle idee. E questo per anni e anni, perché è sempre tempo di iniziare un nuovo cammino.

Hans Heinrich Brunner
Vicedirettore dell'UFSP

For times when change is in the air

Change was in the air, back in the spring of 2002. The Federal Council had withdrawn to the former Carthusian monastery of Ittingen in the Canton of Thurgau for an off-site session to discuss the status and future of the Health Insurance Act (*KVG*). The Council's diagnosis: The *KVG* had "proved of value, all things considered". However, the Federal Council wanted "to step up efforts to control costs". The Council decided on a plan to further develop health insurance in a series of stages. Among other measures, the Federal Department of the Interior (EDI) was commissioned to prepare long-term reform measures with a view to creating the basis for a subsequent third partial revision of the *KVG*. Specifically, the Federal Council tasked the EDI with

- submitting feasible models for revoking the contracting obligation of health insurance funds vis-à-vis doctors and possibly also hospitals, and for "monistic" funding (i.e. from a single source) of hospitals, while at the same time ensuring the provision of primary health care;
- examining appropriate incentive systems designed to promote managed-care models and submitting corresponding proposals;
- drawing up proposals for controlling demand by means of a modified cost-participation system (income-based annual deductible/contribution to costs; variable service-based deductible depending on the medical service provided), analysing their effectiveness as economic incentives and submitting them to the federal Council.

As the work proceeded, "Financing of nursing care" and the overarching subject of "Review of risk spread" were included as additional sub-projects.

Within a year the general project, "Basis, 3rd Partial Revision of *KVG*", generated six well-substantiated reports by proven experts in their respective subjects:

- "Monistic financing of hospitals": Robert E. Leu, Department of Economics, University of Bern
- "Contracting obligation"; Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Zurich;
- "Managed Care"; Markus Moser, legal advisor, healthcare sector, Niederwangen;
- "Cost participation"; Heinz Schmid, actuary, Biel-Benken;
- "Financing of nursing care": Rolf Iten and Stephan Hammer, INFRAS, Zurich;
- "Risk spread": Stefan Spycher, BASS, Bern

When the National Council turned down the 2nd Partial *KVG* Revision in the 2003 winter session, work on the 3rd *KVG* Revision was suspended, particularly the analysis of the new global models resulting from the experts' individual proposals. The underlying ideas were not abandoned, however: Early in 2004, the EDI decided that the new version of the *KVG* revision would incorporate proposals formulated in the 2nd Revision, with some being supplemented with new elements derived from the preliminary work on the 3rd Revision.

The six expert reports are wide-ranging in their scope and go way beyond the limits of what is politically feasible. But the know-how, analyses and ideas they contain must remain accessible to specialists. For many years to come, for whenever change is in the air.

Hans Heinrich Brunner
Vice-Director, Swiss Federal Office of Public Health

Zusammenfassung

Der Auftrag

Im Rahmen der Vorbereitung von Grundlagen für eine 3. KVG-Teilrevision ist im Teil-projekt Managed Care zu prüfen, wie die Verbreitung der Managed Care Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden kann. Insbesondere sind Vorschläge zu unterbreiten, wie die Rahmenbedingungen verändert werden müssen, damit solche Modelle für Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte attraktiver werden.

Ausgangslage

Nach Art. 41 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) können die Versicherten ihr Recht auf die freie Wahl des Leistungserbringers im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt. Der Versicherer muss in diesem Fall nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. Machen die Versicherten von diesem Angebot Gebrauch, kann ihnen der Versicherer eine besondere Versicherungsform mit einer im Vergleich zur Grundform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verminderten Prämie anbieten (Art. 62 Abs. 1 KVG). Im weiteren kann der Bundesrat die Kostenbeteiligung aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist. Im übrigen gelten die Bestimmungen des KVG unverändert.

Gestützt auf diese Bestimmungen sind eine Vielzahl von besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer entstanden, insbesondere HMOs, d.h. Gruppenpraxen mit angestellten Ärzten und Ärztinnen sowie Hausarzt-netze als Zusammenschluss von Ärzten und Ärztinnen (Grundversorger) in freier Praxis. In beiden Fällen verpflichten sich die Versicherten, im Bedarfsfall immer zunächst die HMO bzw. den von ihnen zum voraus gewählten Grundversorger (Hausarzt) aufzusuchen. Dieser weist die Versicherten bei Bedarf an andere Leistungserbringer weiter (Gatekeeping). HMOs und Hausarztnetze übernehmen oft eine Budgetverantwortung. Daneben gibt es auch besondere Versicherungsformen, bei welchen sich die Versicherten verpflichten, ihre Wahl auf bestimmte vom Versicherer bezeichnete Leistungserbringer zu beschränken, ohne dass dabei ein Gatekeeping stattfindet und ohne dass die Leistungserbringer eine gemeinsame Budgetverantwortung übernehmen (Preferred-Provider-Organization/PPO).

Nach einem anfänglichen Aufschwung solcher Modelle ist in den letzten Jahren eine Stagnation festzustellen. Zum Teil haben die Versicherer bestehende Modelle wieder aufgegeben, weil diese nicht die erhofften Kosteneinsparungen gebracht haben. Im Jahr 2001 waren rund 8 Prozent der Versicherten in besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer versichert.

Die Vorschläge der Arbeitsgruppe

a) das Versorgungsmodell

Nicht alle Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer können als Managed Care Modelle bezeichnet werden. Die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer stellt im Grunde genommen kein typisches Merkmal für solche Modelle dar. Typisch für solche Modelle ist vielmehr, dass sich die Versicherten für eine besondere Art und Weise der Leistungserbringung entscheiden. Sie verzichten dabei darauf, die von ihnen frei gewählten Leistungserbringer während einer Behandlung beliebig zu wechseln. Als Gegenleistung erhalten sie eine umfassende und koordinierte Betreuung durch die am Modell beteiligten Leistungserbringer. Die Modelle sollen deshalb auch nicht mehr als Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, sondern als «Versorgungsmodelle» bezeichnet werden.

Die Arbeitsgruppe schlägt zunächst vor, im Gesetz die Merkmale näher zu umschreiben, welche ihrer Auffassung nach echte Managed Care Modelle aufweisen müssen. Es sind dies:

- die Steuerung des gesamten Prozesses der Leistungserbringung der Patienten;
- die Vernetzung von Behandlungseinrichtungen;
- die Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko der Patienten.

Mit diesen Merkmalen wird das Gewicht stärker als heute auf die Art und Weise der Leistungserbringung und auf die Qualität der Leistungen gelegt. Das Ziel einer kostengünstigeren Versorgung (vgl. Art. 41 Abs. 4 KVG) bleibt aber mit der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Beteiligung am Versicherungsrisiko ebenfalls erhalten. Die Einschränkung der Versicherten in der Wahl der Leistungserbringer wird ersetzt durch die Verpflichtung der Versicherten, die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für eine bestimmte Zeit im Rahmen des Versorgungsmodells zu beanspruchen.

Im weiteren wird festgehalten, dass das Managed Care Modell durch einen Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern entsteht. Dies bedeutet, dass auch bei Versorgungsmodellen die Funktionen der Versicherer und der Leistungserbringer getrennt sind. Damit wird nicht ausgeschlossen, dass die Leistungserbringer sich am Versicherungsrisiko beteiligen oder dieses in Form einer Versichertenpauschale/Capitation ganz übernehmen. Im weiteren bleibt es auch möglich, dass die Versicherer die Initiative für einen Zusammenschluss von Leistungserbringern ergreifen und unterstützen. Versicherer und Leistungserbringer bleiben aber organisatorisch getrennt und die Versicherten bleiben in der Risikogemeinschaft ihres Versicherers mit dem Recht auf Rückkehr in die Grundform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Der Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern ist ein Tarifvertrag im Sinne des KVG. Er enthält also eine Regelung über die Vergütung der erbrachten Leistungen sowie über Massnahmen der Qualitätssicherung. Dabei können auch anderswo bestehende Regelungen (z.B. der Tarmed oder Massnahmen der Qualitätssicherung in Verbandsverträgen) ganz oder teilweise übernommen werden. Der Vertrag geht aber über den üblichen Rahmen eines Tarifvertrages hinaus, indem sich die Leistungserbringer verpflichten, die gesamte medizinische Versorgung der Versicherten zu koordinieren und zu steuern und indem sie eine Mitverantwortung für die anfallenden Kosten übernehmen. Die konkrete Ausgestaltung dieser wirtschaftlichen Mitverantwortung ist im Vertrag zu regeln. Es wird also nicht ein bestimmtes System (z.B. eine Vergütung in Form einer Versichertenpauschale/Capitation) vorgegeben.

Die Steuerung der Behandlung verlangt nach einer engen Zusammenarbeit zwischen den am Versorgungsmodell beteiligten Leistungserbringern. Diese haben ihre interne Zusammenarbeit (Austausch von Daten, gemeinsame Behandlungsrichtlinien, Aufteilung der wirtschaftlichen Mitverantwortung etc.) ebenfalls zu regeln. In welcher Form dies geschieht, wird offen gelassen. Denkbar ist der Abschluss eines Vertrages, aber auch die Errichtung einer juristischen Person. Grundsätzlich kann auch ein einzelner Leistungserbringer (z.B. ein Spital oder eine HMO) die Versorgungssteuerung und die wirtschaftliche Mitverantwortung für die am Versorgungsmodell beteiligten Versicherten alleine übernehmen. Eine Einzelperson, z. B. ein einzelner Arzt, wird dazu aber kaum der Lage sein.

Diese Merkmalen und Auflagen lassen Raum für eine grosse Bandbreite an konkreten Modellen. Es soll also weiterhin eine grosse Freiheit in der Ausgestaltung von verschiedenen Modellen und insbesondere auch in der Weiterentwicklung von Modellen geben. Auf der anderen Seite werden aber doch deutlicher als heute Ziel und Zweck dieser Versorgungsmodelle umschrieben. Die neuesten Beschlüsse des Parlamentes im Rahmen der 2. KVG-Teilrevision gehen bereits in diese Richtung.

Versorgungsmodelle bleiben weiterhin eine für die Versicherten frei wählbare besondere Versicherungsform innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nachdem die Merkmale und Auflagen, welche die Versorgungsmodelle erfüllen müssen, präziser und höher sind als heute, können im Gegenzug auch die Abweichungen von den gesetzlichen Regelungen erweitert werden.

Beim finanziellen Anreiz für die Versicherten wird der Schwerpunkt von der Prämie auf die Kostenbeteiligung verlegt. Der Selbstbehalt soll in der Grundform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf mindestens 20 Prozent erhöht werden, bei besonderen Versicherungsformen aber grundsätzlich wie heute bei 10 Prozent bleiben. Damit wird der Anreiz für Versicherte mit hohen Krankheitskosten erhöht, sich an solchen Modellen zu beteiligen. Bei hohen Kosten ist nämlich auch das Potenzial für Kosteneinsparungen höher. Auch dieser Vorschlag entspricht den neuesten Beschlüsse des Parlamentes im Rahmen der 2. KVG-Teilrevision. Neben einer Differenz im Selbstbehalt sind weiterhin auch Reduktionen bei den Prämien möglich, wobei die Gestaltungsfreiheit für die Versicherer grösser sein soll als heute. Insbesondere sollen auch nachträgliche Rückvergütungen gestützt auf die konkreten Ergebnisse eines Versorgungsmodells möglich sein.

Neben den erwähnten Anreizen im Bereich der Finanzierung soll es auch möglich sein, in den Versorgungsmodellen zusätzliche Leistungen anzubieten. Der Spielraum dafür wird allerdings aus finanziellen Gründen beschränkt sein. In erster Linie ist dabei an die eigentlichen Leistungen der Versorgungssteuerung (Fallmanagement, Beratung zur Selbstbehandlung durch die Versicherten etc.) oder an Massnahmen der Prävention zu denken. Einschränkungen des Leistungsumfanges der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bleiben wie heute ausgeschlossen.

Bei den im Bereich der Tarifverträge vorgeschlagenen speziellen Bestimmungen handelt es sich in erster Linie um Präzisierungen zur Sicherstellung der Vertragsfreiheit. Weder die Versicherer noch die Leistungserbringer sind verpflichtet, einem Tarifvertrag zur Errichtung eines Versorgungsmodells beizutreten oder dabei gegen ihren Willen einen Vertragspartner zu akzeptieren. Hingegen müssen die Versicherer wie heute ein bestehendes Versorgungsmodell allen interessierten Versicherten offen halten.

b) Einzelmassnahmen

Zahlreiche nach dem geltenden Recht als besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer konzipierte Modelle weisen die oben erwähnten Merkmale nicht oder nicht vollständig auf. Gegen solche «unvollständigen Managed Care Modelle» ist nichts einzuwenden, wenn sie zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität oder zu tieferen Behandlungskosten führen. Bereits nach geltendem Recht können Versicherer und Leistungserbringer grundsätzlich jede denkbare Vereinbarung abschliessen, die zu einer effizienteren medizinischen Betreuung der Versicherten oder zu einer Verbesserung der Qualität der Behandlungen führt. Sie müssen dabei aber in der Regel auch Anreize vorsehen können, damit die Versicherten sich an solchen Modellen oder Programmen beteiligen. Zu denken ist beispielsweise an Versorgungskonzepte, die nicht die gesamte Behandlung der Versicherten koordinieren und steuern oder die keine Budgetverantwortung für sämtliche Behandlungen kennen (z.B. ein Disease Management für eine bestimmte Krankheit). Zudem sollte ganz allgemein die Entwicklung von neuen Ideen in den Beziehungen zwischen Versicherern, Leistungserbringern und Versicherten gefördert werden.

Gestützt auf diese Überlegungen schlägt die Arbeitsgruppe in Ergänzung zum Versorgungsmodell noch folgendes vor: Der Aufsichtsbehörde soll es erlaubt sein, auch bei «unvollständigen Managed Care Modellen» bestimmte Abweichungen von den ordentlichen Regeln der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu gestatten. Zulässig sind nur solche Abweichungen, welche auch bei Versorgungsmodellen möglich sind. Es müssen aber nicht sämtliche dieser Abweichungen gestattet werden. Auszuschliessen sind hingegen Modelle, welche bloss durch Risikoselektion zu tieferen Kosten und damit zu tieferen Prämien führen (Prämiensparmodelle). Solche Modelle machen keinen Sinn und sie bringen dazu noch die Managed Care Modelle in Verruf, wenn sie unter dieser Etikette angeboten werden.

Abgelehnte Modelle

Managed Care Modelle sollen auch in Zukunft eine mögliche Form der medizinischen Versorgung innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstellen und es sollen nicht nur bestimmte, im Gesetz abschliessend umschriebene Modelle zugelassen werden. Die Arbeitsgruppe lehnt es deshalb

ab, die obligatorische Krankenpflegeversicherung generell als Managed Care Modell auszugestalten. Abgelehnt wird aber auch, bestimmte Versicherte einem Managed Care Modell zu unterstellen oder einen Teil der Leistungserbringer zu verpflichten, innerhalb eines solchen Modelles tätig zu sein. Managed Care Modelle sollen also weiterhin lediglich eine Option innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstellen.

Sind die Leistungserbringer nicht verpflichtet, sich an solchen Modellen zu beteiligen, so macht es keinen Sinn, die Versicherer zu verpflichten, solche Modelle flächendeckend anzubieten. Diese Ausgangslage führt zu Pseudomodellen, welche nur pro forma den Anforderungen des Gesetzes genügen, aber in Tat und Wahrheit nicht richtig umgesetzt werden. Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass Managed Care Modelle als Option innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur umgesetzt werden und ihnen auch nachgelebt wird, wenn alle Beteiligten, auch die Versicherer, sich bewusst dafür entscheiden.

Rahmenbedingungen

In den letzten Jahren haben die Versicherer zahlreiche Hausarztmodelle und HMOs wieder aufgegeben, weil sie festgestellt haben, dass die erhofften Kosteneinsparungen nicht eingetreten sind, beziehungsweise die tieferen Kosten hauptsächlich auf eine günstigere Risikozusammensetzung zurückzuführen waren. Es lohnt sich für die Versicherer heute mehr, den Prämienwettbewerb durch Risikoselektion bei den Versicherten auszutragen als bei Versicherten mit hohen Krankheitskosten durch neue Versorgungs- und Vergütungsformen Kosteneinsparungen zu erzielen. Aus diesem Grund ist die Arbeitsgruppe einhellig der Ansicht, dass sich Managed Care Modelle nur dann durchsetzen können, wenn der Risikoausgleich verbessert wird. Die heute verwendeten Kriterien des Alters und des Geschlechtes der Versicherten geben die Risikounterschiede nur unvollständig wieder.

In der Frage, ob die Aufhebung des Kontrahierungszwanges eine Voraussetzung ist, damit sich Managed Care Modelle stärker ausbreiten, ist die Meinungen in der Arbeitsgruppe hingegen geteilt.

Mit dem vorliegenden Bericht, der im Mai 2003 fertiggestellt worden ist, sind Vorschläge zur Förderung von Managed Care Modellen im Rahmen der 3. KVG-Teilrevision erarbeitet worden. Nachdem nun die 2. KVG-Teilrevision im Parlament gescheitert ist, ändert sich die Ausgangslage. Dies hat aber auf das vorliegende Konzept zur Förderung von Managed Care Modellen nur einen geringen Einfluss. In einem wesentlichen Punkt – nämlich im Konzept der Freiwilligkeit von Managed Care Modellen – ist die Ausgangslage sogar günstiger. Mit der 2. KVG-Teilrevision sollten die Krankenversicherer nämlich verpflichtet werden, Managed Care Modelle grundsätzlich flächendeckend anzubieten. Die Arbeitsgruppe lehnt diesen Vorschlag einhellig ab (vgl. Ziffer 5.3. im Bericht). Mit der Ablehnung der 2. KVG-Teilrevision besteht nun die Chance, den Grundsatz der Freiwilligkeit für solche Modelle zu verwirklichen.

Die im Bericht erwähnten Zusammenhänge mit anderen Vorschlägen für eine Revision des KVG bleiben weiterhin gültig (Erhöhung der Kostenbeteiligung, Aufhebung des Kontrahierungszwanges, Spitalfinanzierung, Risikoausgleich à vgl. Ziffer 6 im Bericht). Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass Managed Care Modelle wesentlich gefördert würden, wenn bei einer dual-fixen Spitalfinanzierung, wie sie in der 2. KVG-Teilrevision vorgesehen war, auch die Beiträge der Kantone in die Vereinbarung einer Versichertenpauschale (Capitation) einbezogen werden können (vgl. Ziffer 4.3.1. lit. G im Bericht und Art 53b Abs. 3 im Anhang zum Bericht).

Résumé

Mandat

Dans le cadre de la préparation des bases pour une 3^e révision partielle de la LAMal, le sous-projet « Managed care » est chargé d'examiner comment la diffusion de modèles de managed care peut être encouragée par des systèmes incitatifs appropriés. Il s'agit en particulier de présenter des propositions visant à modifier les conditions-cadre, afin que ce genre de modèles soit plus attrayant pour les assureurs, les fournisseurs de prestations et les assurés.

Contexte initial

Selon l'art. 41, al. 4, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses. Dans ce cas, l'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs. Si l'assuré recourt à cette possibilité, l'assureur peut lui proposer une forme particulière d'assurance pour une prime réduite par rapport à celle pratiquée pour la forme de base de l'assurance obligatoire des soins (art. 62, al. 1, LAMal). De plus, le Conseil fédéral peut supprimer la participation aux coûts s'il s'avère qu'elle se révèle inappropriée. Pour le reste, les dispositions de la LAMal sont applicables sans changement.

Sur la base de ces dispositions, tout un éventail de formes particulières d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations sont apparues, en particulier les HMO, c.-à-d. des cabinets de groupe employant des médecins, ainsi que des réseaux de médecins de famille (médecins de premier recours) exerçant en pratique libérale. Dans les deux cas, l'assuré s'engage, en cas de besoin, à toujours commencer par consulter le HMO ou le médecin de premier recours qu'il a choisi. Ce dernier envoie au besoin l'assuré chez un autre fournisseur de prestations (gatekeeping). Les HMO et les réseaux de médecins de famille assument souvent la responsabilité du budget. Il existe encore d'autres formes particulières d'assurance dans lesquelles l'assuré s'engage à limiter son choix à certains fournisseurs de prestations désignés par l'assureur sans qu'il y ait pour autant de gatekeeping et sans que les fournisseurs de prestations n'assument la responsabilité budgétaire commune (Preferred Provider Organization/PPO).

Après un bel essor initial, on note ces dernières années une stagnation de ces modèles. Certains assureurs ont abandonné ceux qu'ils avaient déjà mis en place, car ils n'apportaient pas les économies escomptées. En 2001, quelque 8 % des assurés avaient opté pour une forme particulière d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations.

Propositions du groupe de travail

a) Modèle de fourniture des soins

Toutes les formes d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations ne peuvent pas être appelées modèles de managed care. Tout bien considéré, la limitation du choix ne constitue pas la véritable caractéristique de ce type de modèles. Ce qui les caractérise en fait, c'est que les assurés optent pour une forme particulière de fourniture des soins. Ce faisant, ils renoncent à changer à leur guise de fournisseur de prestations en cours de traitement. En contrepartie, ils bénéficient d'une couverture de soins complète et coordonnée assurée par les fournisseurs prenant part au modèle. Ce dernier ne devrait donc plus être appelé « assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations », mais « modèle de fourniture des soins ».

Le groupe de travail propose en premier lieu de décrire plus précisément dans la loi les caractéristiques que devraient à son avis présenter les véritables modèles de managed care. Ces caractéristiques sont les suivantes :

- la gestion de l'ensemble du processus de fourniture de prestations aux patients ;
- la mise en réseau des équipements de traitement ;
- la participation des fournisseurs de prestations au risque d'assurance des patients.

Avec ces caractéristiques, l'accent est mis davantage qu'aujourd'hui sur la qualité des prestations et la manière dont elles sont fournies. Mais avec l'engagement des fournisseurs de prestations à participer au risque d'assurance, l'objectif de soins plus avantageux (cf. art. 41, al. 4, LAMal) est maintenu. La limitation du choix des fournisseurs de prestations est remplacée par l'engagement des assurés à recourir pour une période déterminée aux prestations de l'assurance obligatoire dans le cadre du modèle de fourniture des soins.

Il est prévu en outre que l'existence du modèle de managed care résulte d'un contrat passé entre assureurs et fournisseurs de prestations. Cela revient à dire que même dans les modèles de fourniture des soins, les fonctions d'assureur et de fournisseur de prestations sont distinctes. Cela n'exclut pas que les fournisseurs de prestations participent au risque d'assurance, ni qu'ils l'assument entièrement sous forme d'un forfait par assuré (capitation). Il reste également possible pour les assureurs de prendre l'initiative d'un regroupement de fournisseurs de prestations et de le soutenir. Assureurs et fournisseurs de prestations restent cependant séparés du point de vue de l'organisation et les assurés demeurent dans la communauté de risque de leur assureur en ayant le droit de revenir à la forme de base de l'assurance obligatoire des soins.

Le contrat conclu entre assureurs et fournisseurs de prestations est une convention tarifaire au sens de la LAMal. Il comprend donc aussi une réglementation relative au remboursement des prestations fournies, ainsi qu'aux mesures de garantie de la qualité. A cet égard, il est possible de reprendre entièrement ou en partie des règles fixées dans d'autres conventions (p. ex. dispositions tarifaires de Tar-med ou mesures de garantie de la qualité figurant dans une convention collective). Le contrat dépasse cependant le cadre habituel d'une convention tarifaire en ce sens que les fournisseurs de prestations s'engagent à coordonner et à gérer l'ensemble de la couverture médicale des assurés et que, ce faisant, ils partagent la responsabilité des coûts générés. L'organisation concrète de cette coresponsabilité doit être réglée dans le contrat. Aucun système donné (p. ex. rétribution sous forme de forfait par assuré/capitation) n'est donc prescrit.

La gestion des traitements exige une étroite collaboration entre les fournisseurs de prestations prenant part au modèle. Ces derniers doivent également régler leur collaboration interne (échange de données, directives thérapeutiques communes, répartition de la coresponsabilité économique, etc.). La forme sous laquelle cela se fera n'est pas prescrite. L'on peut imaginer la conclusion d'un contrat, mais aussi la constitution d'une personne juridique. En principe, un fournisseur de prestations unique (p. ex. un hôpital ou un HMO) peut assumer seul la gestion de la fourniture des soins et la coresponsabilité économique pour tous les assurés au bénéfice du modèle. Mais il est pratiquement exclu qu'une personne (p. ex. un médecin) puisse le faire seule.

Ces caractéristiques et ces obligations laissent de la marge pour une grande variété de modèles concrets. Il continuera donc d'exister une grande liberté dans l'organisation et le développement de modèles. Mais, d'un autre côté, leur objectif même sera décrit plus clairement qu'aujourd'hui. Les dernières décisions prises par le Parlement dans le cadre de la 2^e révision partielle de la LAMal vont déjà dans ce sens.

Pour les assurés, les modèles de fourniture des soins restent des formes particulières d'assurance qu'ils peuvent choisir librement à l'intérieur de l'assurance obligatoire des soins. Etant donné que les caractéristiques et les obligations auxquelles ces modèles doivent répondre sont plus précises et placent la

barre plus haut qu'aujourd'hui, les dérogations aux réglementations légales peuvent aussi, en contrepartie, être plus importantes.

En ce qui concerne l'incitation financière pour les assurés, l'accent ne sera plus mis sur la prime, mais sur la participation aux coûts. Dans la forme de base de l'assurance obligatoire des soins, la quote-part doit passer à 20 % au moins, mais pour les formes particulières d'assurance elle doit rester à 10 % comme aujourd'hui. Ainsi, pour les assurés dont les frais de maladie sont élevés, l'incitation à opter pour ce type de modèles sera accrue. Il est clair que lorsque les coûts sont élevés, le potentiel d'économies est également plus important. Cette proposition correspond elle aussi aux dernières décisions prises par le Parlement dans le cadre de la 2^e révision partielle de la LAMal. En plus d'une différence de pourcentage de la quote-part, des rabais sur les primes doivent rester possibles, avec une plus grande marge de manœuvre qu'aujourd'hui accordée aux assureurs. En particulier, ces derniers peuvent accorder des ristournes aux assurés sur la base des résultats concrets d'un modèle.

En plus des incitations mentionnées dans le domaine du financement, il doit aussi être possible de proposer des prestations supplémentaires dans le cadre des modèles de fourniture des soins. Pour des raisons financières, la marge de manœuvre sera toutefois limitée. On pensera en premier à la gestion de la fourniture des soins proprement dits (gestion par cas, conseils aux assurés pour se soigner eux-mêmes, etc.) ou à des mesures préventives. Quant à rationner les prestations de l'assurance obligatoire des soins, cela reste exclu, comme aujourd'hui.

Pour ce qui est des dispositions spéciales dans le domaine des conventions tarifaires, il s'agit pour l'essentiel de précisions visant à garantir la liberté de contracter. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ne sont obligés d'adhérer à une convention tarifaire pour mettre en place un modèle de fourniture des soins, ou d'accepter un partenaire contractuel contre leur gré. En revanche, l'assureur est tenu, comme aujourd'hui, de laisser l'accès à un modèle existant ouvert à tous les assurés intéressés.

b) Mesures particulières

De nombreux modèles conçus selon le droit en vigueur comme des formes particulières d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations ne présentent pas toutes les caractéristiques énoncées plus haut. Il n'y a rien à redire à de tels « modèles de managed care incomplets » lorsqu'ils permettent d'améliorer la qualité du traitement ou d'en réduire les coûts. Le droit actuel laisse déjà en principe aux assureurs et aux fournisseurs de prestations la possibilité de conclure toute forme de convention possible permettant d'augmenter l'efficacité des soins médicaux ou d'améliorer la qualité des traitements. Mais ils doivent aussi, en règle générale, pouvoir prévoir alors des incitations amenant les assurés à opter pour ce genre de modèles ou de programmes. L'on peut penser par exemple à des modèles qui ne coordonnent et ne gèrent pas l'ensemble du traitement des assurés ou qui ne prévoient pas d'en assumer totalement la responsabilité budgétaire (p. ex. un « disease management » pour une maladie donnée). Par ailleurs, de manière générale, il faudrait encourager la recherche de nouvelles idées concernant les relations entre assureurs, fournisseurs de prestations et assurés.

Sur la base de ces réflexions, le groupe de travail propose encore, en complément du modèle de fourniture des soins, la mesure suivante : l'autorité de surveillance devrait avoir la possibilité d'autoriser certaines dérogations aux règles ordinaires de l'assurance obligatoire des soins même pour les « modèles de managed care incomplets ». Ne pourront être admises que des dérogations également permises aux modèles de fourniture des soins, mais pas nécessairement toutes. Par contre, il importe d'exclure tout modèle qui ne parvient à réduire les coûts, et par conséquent les primes, que par une pure et simple sélection des risques. Ce genre de modèles ne sert à rien et, qui plus est, il jette le discrédit sur les modèles de managed care s'il est proposé sous cette étiquette.

Modèles rejetés

Les modèles de managed care doivent, à l'avenir aussi, ne représenter qu'une forme de couverture médicale parmi d'autres à l'intérieur de l'assurance obligatoire des soins, et il n'est pas question de n'autoriser qu'un certain nombre de modèles exhaustivement décrits dans la loi. Le groupe de travail rejette donc l'idée de concevoir l'assurance obligatoire des soins en général comme un modèle de managed care. Mais il rejette aussi l'idée de rattacher un groupe d'assurés déterminé à un modèle de managed care ou d'obliger une partie des fournisseurs de prestations à pratiquer dans le cadre d'un modèle de ce type. Les modèles de managed care doivent continuer de ne représenter qu'une option parmi d'autres.

Si les fournisseurs de prestations ne sont pas tenus de prendre part à des modèles de ce type, cela n'a pas de sens non plus d'obliger les assureurs à proposer ces modèles sur l'ensemble du territoire. Une telle obligation aboutirait à la mise en place de pseudo-modèles, qui ne satisferaient que pro forma aux exigences de loi, mais qui ne seraient pas correctement mis en œuvre dans la réalité. Le groupe de travail est d'avis que les modèles de managed care ne pourront être réalisés en tant qu'option à l'intérieur de l'assurance obligatoire des soins et ne pourront faire école que si tous les intéressés, assureurs y compris, décident en toute conscience de les adopter.

Conditions-cadres

Ces dernières années, les assureurs ont cessé de proposer de nombreux HMO et modèles du médecin de famille, car ils ont constaté que les économies escomptées n'avaient pas été réalisées ou que l'abaissement des coûts était dû principalement à une combinaison de risques plus favorable. Aujourd'hui, il est plus intéressant pour les assureurs de faire jouer la concurrence au niveau des primes en pratiquant la sélection des risques que de réaliser des économies en proposant de nouvelles formes de couverture médicale et de remboursement des prestations pour les assurés ayant des frais de maladie élevés. Pour cette raison, le groupe de travail est unanime à penser que les modèles de managed care ne pourront s'imposer que si la compensation des risques est améliorée. Les critères appliqués aujourd'hui (âge et sexe des assurés) ne rendent que partiellement compte des différences en matière de risques.

En revanche, sur la question de savoir si la suppression de l'obligation de contracter est une condition nécessaire à une meilleure diffusion des modèles de managed care, les avis du groupe de travail sont partagés.

Dans le présent rapport, terminé en mai 2003, différentes propositions ont été élaborées, portant sur l'encouragement des modèles de managed care dans le cadre de la 3^e révision partielle de la LAMal. Le contexte initial a changé puisque le Parlement a rejeté la 2^e révision partielle de la LAMal, mais cette décision n'a qu'une faible influence sur le concept d'encouragement de ces modèles. Sur un point essentiel – c'est à dire sur le libre choix de modèles de managed care – le contexte initial est même plus favorable. La 2^e révision partielle de la LAMal imposait aux assureurs-maladie de proposer des modèles de managed care sur tout le territoire suisse, ce que le groupe de travail rejette à l'unanimité (cf. ch. 5.3 du rapport). Le rejet de la 2^e révision partielle de la LAMal offre désormais une chance d'appliquer le principe du libre choix de modèles de ce genre.

Les mentions d'autres propositions de révision de la LAMal dans le rapport sont toujours valables (augmentation de la participation aux coûts, suppression de l'obligation de contracter, financement des hôpitaux, compensation des risques → cf. ch. 6 du rapport). On retiendra en particulier que les modèles de managed care seraient notablement encouragés quand, dans un financement dual fixe des hôpitaux tel qu'il était prévu dans la 2^e révision partielle de la LAMal, les contributions cantonales peuvent être prises en compte dans les conventions portant sur les forfaits par assuré (capitation ; cf. ch. 4.3.1, let. G, dans le rapport et l'art. 53b, al. 3, dans l'annexe du rapport).

Riassunto

Il mandato

Nell'ambito della preparazione delle basi per una terza revisione parziale della LAMal, il progetto parziale managed care si propone di esaminare le possibilità di diffondere i modelli managed care mediante adeguati sistemi di incentivi. Si tratta in particolare di elaborare proposte in merito alla modifica delle condizioni quadro affinché i modelli managed care siano più attrattivi per gli assicuratori, i fornitori di prestazioni e gli assicurati.

Situazione iniziale

Secondo l'articolo 41 capoverso 3 della legge sull'assicurazione malattie (LAMal), gli assicurati possono, d'accordo con gli assicuratori, limitare il loro diritto alla libera scelta del fornitore di prestazioni ai fornitori di prestazioni che gli assicuratori scelgono in funzione delle loro prestazioni più vantaggiose. L'assicuratore deve in questo caso assumersi soltanto i costi delle prestazioni effettuate o ordinate presso questi fornitori di prestazioni. Se gli assicurati ricorrono a questa offerta, l'assicuratore può offrire loro una particolare forma di assicurazione con un premio ridotto rispetto alla forma di base dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 62 cpv. 1 LAMal). Inoltre, il Consiglio federale può sospendere la partecipazione ai costi se essa si rivela inopportuna. Per il resto, le disposizioni della LAMal restano immutate.

Fondandosi su queste disposizioni, è nata una quantità di forme assicurative particolari con scelta limitata del fornitore di prestazioni, soprattutto HMO (Health Maintenance Organizations), vale a dire studi collettivi dove i medici lavorano come dipendenti e una rete di medici di famiglia (fornitori di cure) attivi negli studi medici. In entrambi i casi, gli assicurati si impegnano a consultare sempre in caso di bisogno prima di tutto l'HMO e il fornitore di cure da loro prescelto (medico di famiglia). Quest'ultimo può rinviare all'occorrenza l'assicurato ad altri fornitori di prestazioni (gatekeeping). HMO e medici di famiglia si assumono spesso una responsabilità budgetaria. Vi sono inoltre particolari forme di assicurazione nelle quali gli assicurati si impegnano a limitare la loro scelta a determinati fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore senza che si effettui un gatekeeping e senza che i fornitori di prestazioni si assumano una responsabilità budgetaria comune (Preferred-Provider-Organization/PPO).

Dopo una spinta iniziale, questi modelli registrano in questi ultimi anni una stagnazione, in parte dovuta al fatto che gli assicuratori hanno nuovamente rifiutato i modelli esistenti che non garantivano loro la riduzione dei costi sperata. Nel 2001, circa l'8 per cento degli assicurati sceglieva forme di assicurazione particolari con limitata scelta del fornitore di prestazioni.

Le proposte del gruppo di lavoro

a) il modello d'assistenza

Non tutte le forme assicurative con scelta limitata del fornitore di prestazioni possono essere definite modelli managed care. La scelta limitata del fornitore di prestazioni non è in sostanza una caratteristica tipica di questi modelli assicurativi. Lo è invece il fatto che gli assicurati decidono le modalità della fornitura di prestazioni. Essi rinunciano altresì a cambiare i fornitori di prestazioni, liberamente scelti, durante un trattamento. Quale contropartita essi sono gratificati da un'assistenza completa e coordinata da parte dei fornitori di prestazioni che partecipano al modello. Questi modelli possono pertanto essere definiti non più come assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni ma come "modelli di assistenza".

Il gruppo di lavoro propone in primo luogo di delimitare nella legge, in maniera più specifica, le caratteristiche che a suo avviso devono contraddistinguere inequivocabilmente i modelli managed care:

- la gestione dell'intero processo di fornitura di prestazioni ai pazienti;
- l'interconnessione fra gli istituti di cura;
- la partecipazione dei fornitori di prestazioni al rischio assicurativo dei pazienti.

Queste caratteristiche fanno sì che il piatto della bilancia penda oggi più che altro sulle modalità della fornitura di prestazioni e sulla qualità delle prestazioni. Ma si tiene ugualmente fede all'obiettivo di un trattamento meno costoso (cfr. l'art. 41 cpv. 4 LAMal) grazie all'impegno del fornitore di prestazioni nel partecipare al rischio assicurativo. La limitazione degli assicurati nella scelta del fornitore di prestazioni è compensata dall'impegno degli assicurati di richiedere, nel quadro del modello di assistenza, le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per un determinato periodo di tempo.

Inoltre è sancito che il modello managed care nasce da un contratto fra assicuratori e fornitori di prestazioni. Ciò significa che anche nei modelli di assistenza le funzioni degli assicuratori sono separate da quelle dei fornitori di prestazioni. In tal modo non si esclude che i fornitori di prestazioni partecipino al rischio assicurativo o se lo assumano per intero sotto forma di tariffa forfettaria per gruppo d'assicurati/capitazione. Inoltre, è anche possibile che gli assicuratori assumano e sostengano l'iniziativa per un'unione dei fornitori di prestazioni. Ma assicuratori e fornitori di prestazioni rimangono separati dal punto di vista organizzativo e gli assicurati rimangono nella comunità di rischio del loro assicuratore avendo però il diritto di tornare alla forma base dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Il contratto fra assicuratori e fornitori di prestazioni è un contratto tariffario nel senso della LAMal. Esso contiene pertanto un disciplinamento relativo al rimborso delle prestazioni fornite e alle misure di tutela della qualità. Anche disciplinamenti esistenti altrove (ad es. le disposizioni tariffarie del TARMED o le misure di tutela della qualità in contratti collettivi) possono essere assunti in parte o totalmente. Il contratto si spinge però oltre i limiti consueti di una convenzione tariffale in quanto impegna i fornitori di prestazioni a coordinare e a gestire l'intera assistenza medica degli assicurati e ad assumersi una corresponsabilità per i costi indotti. La struttura concreta di questa corresponsabilità economica dev'essere disciplinata nel contratto. Quindi, non si prescrive un determinato sistema (ad es. un rimborso sotto forma di una tariffa forfettaria per gruppo di assicurati/capitazione).

La gestione della cura richiede una stretta cooperazione fra i fornitori di prestazioni che partecipano al modello d'assistenza. Questi ultimi devono a loro volta regolamentare la loro cooperazione interna (scambio di dati, direttive comuni per le cure, ripartizione della corresponsabilità economica ecc.). Non si specifica in quale forma ciò debba avvenire. Probabilmente attraverso la conclusione di un contratto, ma anche con l'istituzione di una persona giuridica. Per principio, anche un unico fornitore di prestazioni (ad es. un istituto ospedaliero o una HMO) può assumersi completamente la gestione delle cure e la corresponsabilità economica per tutti gli assicurati partecipanti al modello di assistenza. Ma una persona singola, ad esempio un medico, non sarebbe in grado di farlo.

Queste caratteristiche e questi compiti lasciano ampio spazio all'elaborazione di modelli concreti. In futuro, vi sarà un grande libertà nella strutturazione di diversi modelli e in particolare anche nella loro evoluzione. D'altro lato, saranno più chiaramente circoscritti di quanto lo siano oggi obiettivi e scopi di questi modelli di assistenza. Le decisioni più recenti del Parlamento nell'ambito della 2a revisione parziale della LAMal vanno già in questa direzione.

I modelli di assistenza continuano ad essere una forma di assicurazione particolare per la quale gli assicurati possono optare liberamente all'interno dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Quando le caratteristiche e i compiti che questi modelli d'assistenza dovranno adempiere saranno stati definiti in maniera più precisa e rigorosa di quanto lo siano attualmente, anche le possibili deroghe alle leggi vigenti potranno essere più significative.

Per quanto riguarda l'incentivo finanziario per gli assicurati, la priorità passa dal premio alla partecipazione ai costi. L'aliquota percentuale nella forma classica dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve essere aumentata almeno del 20 per cento, ma, nelle forme d'assicurazione particolari, essa deve attenersi in linea di massima al 10 per cento attuale. In tal modo, aumenta l'incentivo per gli assicurati che devono affrontare terapie costose ad associarsi a questi ultimi modelli. I costi elevati comportano anche un potenziale di risparmio maggiore. Questa proposta corrisponde a sua volta alle decisioni più recenti del Parlamento nel quadro della 2a revisione parziale della LAMal. Oltre a una differenza di aliquota fiscale sono possibili anche riduzioni dei premi e una maggiore libertà d'azione per gli assicuratori. Saranno possibili in particolare anche rimborsi supplementari fondati sui risultati concreti di un modello d'assistenza.

Accanto agli incentivi summenzionati nel campo del finanziamento sarà anche possibile offrire prestazioni supplementari in seno ai modelli di assistenza seppur con un margine limitato per motivi finanziari. Si pensi in primo luogo alle prestazioni specifiche per la gestione delle cure (gestione dei casi, consulenza per l'autoterapia da parte dell'assicurato ecc.) o alle misure di prevenzione. È da escludere, come finora, una limitazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Per quanto riguarda le disposizioni speciali proposte nel settore delle convenzioni tariffali, esse sono in primo luogo precisazioni per la tutela della libertà di contrarre. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni sono obbligati ad aderire a una convenzione tariffale per la creazione di un modello d'assistenza o ad accettare un partner contro la loro volontà. Per contro, gli assicuratori devono lasciare a tutti gli assicurati interessati, l'accesso aperto a un modello di assistenza esistente.

b) Misure individuali

Numerosi modelli concepiti secondo il diritto vigente quali forme di assicurazione particolari con scelta limitata del fornitore di prestazioni non includono, o non completamente, le caratteristiche summenzionate. A tali "modelli managed care incompleti" non si può obiettare nulla se essi migliorano la qualità delle cure o ne contengono i costi. Già il diritto vigente permette, per principio, ad assicuratori e fornitori di prestazioni di concludere ogni convenzione possibile che garantisca agli assicurati una cura medica più efficiente o una migliore qualità delle cure stesse. Dette convenzioni devono però altresì prevedere, di regola, incentivi affinché gli assicurati aderiscano a questi modelli o programmi. Si pensi, ad esempio, a concetti d'assistenza che non coordinano e gestiscono la cura dell'assicurato nel suo insieme e che non assumono nessuna responsabilità budgetaria per tutte le cure (ad es. un disease-management per una determinata malattia). Inoltre si dovrebbe promuovere in generale lo sviluppo di nuove idee nei rapporti fra assicuratori, fornitori di prestazioni e assicurati.

Fondandosi su queste considerazioni, il gruppo di lavoro propone quanto segue quale integrazione al modello di assistenza: l'autorità di vigilanza deve poter consentire, anche nell'ambito di "modelli managed care incompleti", determinate deroghe alle regole ordinarie dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Sono ammesse soltanto le deroghe che sono possibili anche per quanto riguarda i modelli di assistenza. Ma non tutte queste deroghe devono essere permesse. Sono da escludere i modelli che riducono i costi, e di conseguenza i premi, solo grazie alla selezione dei rischi (modelli di risparmio sui premi). Modelli siffatti non hanno senso e gettano discredito sui modelli managed care se vengono offerti sotto questa denominazione.

Modelli respinti

I modelli managed care dovranno rappresentare anche in futuro una forma possibile dell'assistenza medica in seno all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che non dovrà perciò ammettere soltanto determinati modelli descritti nella legge. Il gruppo di lavoro respinge pertanto il fatto che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia strutturata quale modello managed care. Ma respinge pure il fatto che solo determinati assicurati siano ascritti a un modello managed care o che parte dei fornitori

di prestazioni siano obbligati ad operare entro tali modelli. I modelli managed care devono continuare ad essere semplicemente un'opzione in seno all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Se i fornitori di prestazioni non sono tenuti a partecipare a questi modelli non ha senso obbligare gli assicuratori a offrire in tutto il Paese modelli siffatti. La situazione attuale genera modelli artefatti che solo formalmente adempiono le esigenze della legge, ma di fatto non sono attuati correttamente. Il gruppo di lavoro ritiene che i modelli managed care, quale opzione interna all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, potranno essere realizzati e avere un seguito soltanto se tutti gli interessati, anche gli assicuratori, si decideranno coscientemente ad adottarli.

Condizioni quadro

Negli ultimi anni, gli assicuratori hanno nuovamente abbandonato numerosi modelli incentrati sul medico di famiglia e sugli HMO avendo constatato che le sperate riduzioni dei costi non si sono verificate e che costi più bassi erano dovuti principalmente a una ripartizione più conveniente dei rischi. Gli assicuratori hanno oggi più vantaggi nel propagare fra gli assicurati la concorrenza fra i prezzi mediante la selezione dei rischi che non mirare a risparmi sui costi attraverso nuove forme di assistenza e di remunerazione con spese di malattia elevate. Per questo motivo, il gruppo di lavoro è unanime nel considerare che i modelli managed care possono affermarsi solo se viene migliorata la compensazione dei rischi. I criteri basati sull'età e sul sesso degli assicurati, adottati attualmente, riflettono le differenze di rischio solo in maniera incompleta.

Il gruppo di lavoro è invece diviso circa la soppressione dell'obbligo di contrarre quale presupposto per una più ampia diffusione dei modelli managed care.

Nel presente rapporto, completato nel maggio del 2003, sono state elaborate proposte per la promozione dei modelli managed care nell'ambito della 3a revisione parziale della LAMal. Il Parlamento, respingendo la 2a revisione parziale della LAMal, ha modificato la situazione di partenza. Ma ciò non incide se non minimamente sulle presenti forme di promozione dei modelli managed care. Su un punto essenziale – vale a dire la libera scelta di modelli managed care – la situazione è ancora più favorevole. Con la 2a revisione parziale della LAMal, gli assicuratori malattie avrebbero dovuto essere per principio obbligati a offrire i modelli managed care in tutto il Paese. Il gruppo di lavoro rifiuta all'unanimità questa proposta (cfr. n. 5.3 del rapporto). Il rifiuto della 2a revisione parziale della LAMal offre la possibilità di realizzare il principio della libera scelta per questi modelli.

La contestualità, citata nel rapporto, con altre proposte per una revisione della LAMal permane valida (aumento della partecipazione ai costi, finanziamento dell'ospedalizzazione, compensazione dei rischi a cfr. n. 6 del rapporto). Occorre rilevare in particolare che si avrebbe una promozione essenziale dei modelli managed care se con un modello di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, come era previsto nella 2a revisione parziale della LAMal, anche i contributi dei Cantoni potessero essere inseriti nella convenzione di una tariffa forfettaria per gruppo d'assicurati (capitazione) (cfr. n. 4.3.1 lett. G nel rapporto e art. 53b cpv. 3 nell'Allegato al rapporto).

Management Summary

The mandate

The objective of the Managed Care project carried out in preparation for the 3rd partial revision of the Health Insurance Law (KVG) is to examine how the spread of managed care models can be promoted through the introduction of appropriate incentive systems. Specifically, the aim is to put forward proposals for changing the framework in which such models operate in order to make them more attractive to insurance providers, service providers and insured individuals alike.

Background

According to Article 41 para. 3 of the Health Insurance Law (KVG), insurees may, in agreement with their insurance providers, restrict their right to a free choice of service providers by opting to use only those service providers selected by the insurance provider for their ability to provide health services at a lower cost. In this case, the insurance provider is required only to bear the cost of services provided or arranged by these providers. If insurees take up this option, the insurance provider may offer them a special form of insurance for a premium which is lower than that payable for the basic form of mandatory health insurance (Article 62 para. 1 KVG). Furthermore, the Federal Council may revoke the cost-sharing mechanism if it proves to be inappropriate. The other provisions of the KVG remain unchanged.

As a result of these provisions, a variety of special forms of insurance involving a limited choice of service provider have come into being, most prominent among them the HMOs, i.e. group practices with permanently employed doctors, and networks of general practitioners (primary care providers) working independently. In both cases the insurees undertake always to consult the HMO or the primary care provider selected by them (general practitioner) in the first instance. The primary care provider then refers the patient to other service providers as required (gate-keeping mechanism). HMOs and GP networks often have budgetary responsibility. There are also special forms of insurance in which insurees undertake to restrict their choice of service provider to those selected by the insurance provider, but which do not employ a gatekeeping mechanism and in which the service providers do not have joint budgetary responsibility (Preferred Provider Organization/PPO).

These models were initially very popular, but in recent years they have tended to stagnate. In some instances insurance providers have closed down their existing models because they did not achieve the anticipated savings. In 2001 some 8 percent of insured individuals were covered by special forms of insurance with a limited choice of service provider.

The working group's proposals

a) The healthcare model

Not all forms of insurance with a limited choice of service provider can be called managed care models. The limited choice of service provider is not fundamentally a typical feature of such models. They are more typically characterized by the fact that insurees opt for a specific form of service provision and undertake not to change from the service provider chosen freely by them to another during treatment. In return, they receive comprehensive and coordinated care from service providers participating in the model. Against this background, it is more appropriate to refer to these models as "healthcare models" than as insurance with limited choice of service provider.

The working group initially proposes that the features which true managed care models must have in order to be considered as such should be described in detail in the legislation. They are as follows:

Summary

- The entire process of providing services to patients is managed;
- Treatment facilities are networked;
- Service providers participate in the risk of insuring patients.

These characteristics shift the emphasis of healthcare provision more firmly towards the way in which services are provided and the quality of these services. At the same time, the objective of less expensive provision of healthcare (cf. Article 41 para. 4 KVG) is preserved by involving the service providers in the insurance risk. The element of restricting insurees' choice of service provider is replaced by the obligation on the insuree to use the services provided under the mandatory health insurance system for a certain time as part of the healthcare model.

Furthermore it is noted that a managed care model comes about as a result of a contractual agreement between the insurance provider and service providers. This means that even in healthcare models the functions of insurance provider and service provider are distinct from each other. It does not mean that the service providers participate in the insurance risk or bear it in full in the form of a flat rate per insuree/capitation. It is also still possible for the insurance provider to take the initiative in proposing and supporting associations of service providers. However, the insurance provider and the service providers remain organizationally separate and the insurees remain part of the risk population insured by the insurance provider, retaining their right to revert to the basic form of mandatory health insurance.

The contractual agreement between the insurance provider and the service providers is a collective remuneration agreement under the terms of the KVG. It thus regulates the remuneration paid for services provided and quality assurance activities. Regulations that exist elsewhere (e.g. Tarmed or quality assurance activities specified in the contractual agreements governing professional associations) may be adopted in part or in full. However, the agreement goes beyond the normal scope of a collective remuneration agreement in that the service providers undertake to coordinate and manage the entire medical care provided for insurees and also bear some of the responsibility for the costs incurred. The details of this financial co-responsibility must be regulated in the agreement. A specific system (e.g. remuneration in the form of a flat rate per insuree/capitation) is thus not imposed.

Management of treatment requires close cooperation between the service providers participating in the healthcare model. In turn, the service providers need to regulate their internal collaboration (exchange of data, common treatment guidelines, allocation of financial co-responsibility, etc.). The form that this cooperation should take is not specified. Possibilities include the conclusion of an agreement or the establishment of a legal entity. Theoretically a single service provider (e.g. a hospital or an HMO) could also manage the health services provided by the model and the financial co-responsibility for the individuals insured by the model. An individual person, e.g. a single doctor, on the other hand, is unlikely to be in a position to do this.

These features and requirements leave room for a wide range of models. The aim is thus to retain a large degree of freedom to design different models and, in particular, to refine models in the future. On the other hand, however, the proposal describes the purpose and objective of these healthcare models more specifically than is currently the case. The most recent decisions taken by parliament in the context of the 2nd partial revision of the KVG already point in this direction.

Healthcare models will remain a freely selectable special form of insurance for insurees within the mandatory health insurance system. Since the features and requirements which healthcare models have to meet are more exact and exacting than at present, the deviations from the legal requirements could also be made more generous in return.

As far as financial incentives for insurees are concerned, the emphasis has been shifted from the premium to cost-sharing. The retention fee should be increased to at least 20 percent in the basic form of mandatory health insurance but remain at the current level of 10 percent for special forms of insurance.

This will increase the incentive for insurees who incur high health costs to participate in such models; the potential for savings is namely greater where costs are higher. This proposal also ties in with the most recent decisions by parliament concerning the 2nd partial revision of the KVG. In addition to the difference in the retention fee, premiums may also be reduced, with the insurance providers having greater freedom to offer discounts than is currently the case. In particular, the intention is to permit retrospective refunds of premiums based on the results achieved by the healthcare model.

In addition to the incentives related to financing, it should also be possible to offer additional benefits through the healthcare models, although the leeway for this will be restricted by the financial situation. The additional benefits should primarily be related to healthcare management (case management, advice on self-treatment by insurees, etc.) or preventive healthcare. The obligation on insurance providers to offer at least the scope of benefits provided under the mandatory health insurance system will be retained.

The proposed special provisions relating to collective remuneration agreements are primarily elucidations designed to ensure the parties' freedom to contract. Neither insurance providers nor service providers are required to enter a collective remuneration agreement designed to establish a healthcare model or to accept a contractual partner against their will in the process. On the other hand, insurance providers are required to offer an existing healthcare model to all interested insurees, as is the case today.

b) Individual measures

Numerous models conceived under current law as special forms of insurance with limited choice of service provider do not have the features described above, or only have them in part. There is nothing wrong with "incomplete managed care models" of this kind as long as they lead to improvements in the quality of treatment or to lower treatment costs. Even under the current law, insurance providers and service providers can conclude any agreement of their choosing as long as it produces more efficient medical care for insurees or improves the quality of treatment. However, they generally have to be able to offer incentives for insurees to sign up for models or programmes of this type. One example would be healthcare concepts which do not coordinate and manage all the treatment provided for insurees, or which do not have budgetary responsibility for all treatments (e.g. disease management for a specific condition). Overall, the general aim is to promote the development of new ideas in the relationships between insurance providers, service providers and insurees.

On the basis of these considerations, the working group also proposes the following to complement the healthcare model: the supervisory authority should be allowed to authorize for "incomplete managed care models" certain deviations from the rules that normally govern the mandatory health insurance system. Deviations would only be permitted if they could be offered by the healthcare models too. However, not all deviations would have to be approved. In contrast, models which produce lower costs and thus lower premiums simply by selecting risks (premium-discount models) should not be permitted. This type of model makes no sense and also damages the reputation of managed care models if they are offered under the same name.

Rejected models

Managed-care models should remain a possible form of healthcare provision within the mandatory health insurance system, and only certain models which are described definitively in the legislation should be authorized. For this reason the working group rejects the option of turning the entire mandatory health insurance system into a managed-care model. The working group also rejects the idea of imposing a managed care model on certain insurees, or of requiring some service providers to contract into a model of this type. Thus, managed care models should simply remain one option within the mandatory health insurance system.

If service providers are not required to participate in such models, it makes no sense to oblige insurance providers to offer these models on a widespread basis. Such a premise would produce pseudomod-

els which only offer pro forma compliance with the law and do not in fact implement managed care as such. The working group feels that managed care models will only be implemented as an option within the mandatory health insurance system and operated as such if all the parties concerned, including the insurance providers, make a conscious decision in favour of them.

Health insurance environment

In the past few years, insurance providers have stopped offering a large number of GP models and HMOs because they found that they did not lead to the anticipated cost reductions, or that lower costs were due mainly to a better risk structure. Today insurance providers find it more lucrative to fight the premium battle with competitors by selecting insurees than by introducing new forms of healthcare and refunds to reduce the expenditures incurred through insurees with high healthcare costs. Against this background, the working group is unanimous in its view that managed care models will only be a success if risk compensation is improved. The currently employed criteria – age and gender of insurees – do not fully reflect the differences in risk.

In contrast, opinion in the working group is divided on the question of whether it will be necessary to remove the obligation to contract to allow managed care models to spread more widely.

The report, which was completed in May 2003, makes proposals for promoting managed care models in the context of the 3rd partial revision of the KVG. The situation has changed following the rejection of the 2nd partial revision of the KVG by parliament. However, this has a minimal impact on the working group's concept for promoting managed care models. In fact, the situation is now more favourable with respect to one major point – the concept of the voluntary nature of managed care models. The 2nd partial revision of the KVG intended to oblige insurance providers to offer managed care models across the board. The working group unanimously rejects this idea (cf. point 5.3 of the report). The failure of the 2nd partial revision of the KVG now offers an opportunity to implement the principle that such models should be voluntary.

The inter-relationships with other proposals for revising the KVG which are mentioned in the report (increasing the level of cost-sharing, removing the obligation to contract, hospital financing, risk compensation → cf. point 6 of the report) retain their validity. In particular, it should be noted that managed care models would be greatly promoted if the contributions made by the cantons could be included when agreeing the flat rate per insuree (capitation) which forms part of the two-pronged system of financing hospitals foreseen by the 2nd partial revision of the KVG (cf. point 4.3.1. letter G of the report and Article 53b para. 3 of the appendix to the report).

1 Ausgangslage

Bereits im Jahre 1989 hatte der Bundesrat noch unter dem alten Krankenversicherungsgesetz (KUVG) mit einer Verordnungsänderung die Grundlagen für die Einführung von besonderen Versicherungsformen (eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer und Bonusversicherung) geschaffen. In dieser Zeit etablierten sich bereits einige neue Versicherungsformen auf dem Markt. In den Beratungen des neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zeichnete sich auch schon sehr bald klar ab, dass für die besonderen Versicherungsformen auch unter dem neuen Recht der Fortbestand gesichert sein würde. Mit der Annahme des KVG in der Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 wurden in der Folge auch die gesetzlichen Grundlagen für die besonderen Versicherungsformen geschaffen, womit deren Fortbestehen gesichert blieb¹.

Im Jahre 1996, als das KVG in Kraft trat, hatte sich die Zahl der Versicherten in besonderen Versicherungsformen bereits vervielfacht und es wurden in den grösseren Städten der Schweiz zahlreiche HMOs eröffnet und es wurden auch die Hausarztmodelle eingeführt.

Allerdings muss – nach der anfänglichen Dynamik, welche auf Grund der verstärkten Angebote der Versicherer und auf Grund des Prämienchubs des KVG zu Stande gekommen ist – heute eine Stagnation bei der Weiterentwicklung der besonderen Versicherungsformen festgestellt werden. So wurden in den Jahren 1999 und 2000 nur noch wenige neue Verträge für Hausarztmodelle abgeschlossen und es wurden auch einige HMOs wieder geschlossen². Zudem werden von verschiedenen Versicherern auch sogenannte Light-Modelle (mit sehr wenigen Managed Care Elementen) angeboten. Trotz dieser Entwicklung stiessen Managed Care Modelle offenbar jedoch weiterhin auf das Interesse der Versicherten, wie dies aus den Zahlen in der untenstehenden Tabelle hervorgeht.

Tabelle 1 Versichertenbestand in Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

Jahr	Versicherte mit einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer	Versicherte total	Anteil Versicherte mit einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in %
1994	24'802	7'131'653	0.35
1995	35'383	7'166'317	0.49
1996	121'598	7'194'754	1.69
1997	383'093	7'214'805	5.31
1998	494'040	7'248'603	6.82
1999	541'890	7'266'534	7.46
2000	577'841	7'268'111	7.95
2001	595'939	7'321'287	8.14

Datenstand: November 2002/BSV

Die neuste Entwicklung zeigt jedoch, dass die Stagnation in der Weiterentwicklung der besonderen Versicherungsformen weiterhin anhält. So hat beispielsweise der Krankenversicherer Helsana 70 000 Versicherten die Versicherung mit Hausarztmodell per Ende Juni 2002 gekündigt. Die Helsana begründete ihren Schritt damit, dass sich vorab die sogenannten guten Risiken für Hausarztmodelle interessierten, so dass das Sparpotential gering und deutlich unter den Erwartungen blieb. Damit konnten die durch Prämienrabatte gewährten Einnahmeausfälle nicht über entsprechende Kosteneinsparungen kompensiert werden. Insbesondere bei jungen Versicherten, wo der gewährte Prämienrabatt 50–70 % der

1 R. Kocher; Die «besonderen Versicherungsformen» im Aufwind in Soziale Sicherheit 5/1995 S. 250 ff.

2 Leo Buchs: Managed Care, in Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002; Herausgeber: G. Kocher & W. Oggier

durchschnittlichen Kosten ausmacht, geht die Rechnung für die Versicherer nicht auf, weil gleichzeitig der volle Risikoausgleich bezahlt werden muss. Ähnliche Erfahrungen haben auch die CSS und die KPT zu einer teilweisen Aufhebung des Hausarztmodells bewogen.

Auf Grund dieser Entwicklung erstaunt es daher nicht, dass im Synthesebericht der Wirkungsanalyse folgende Schlussfolgerungen im Zusammenhang mit den besonderen Versicherungsformen/Managed Care nachzulesen sind³:

«Die Studien machen deutlich, dass diese Versicherungsformen in unserem Land noch wenig Anklang finden. Die Bereitschaft der Versicherten, sich für Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu entscheiden, ist gering. Die Entwicklung schreitet darum nur langsam voran. Die Versicherer haben den breiten, vom KVG eingeräumten Spielraum zur Schaffung von eigenen Managed Care Modellen nur wenig genutzt. Zusammen mit den Leistungserbringern hätten sie neue Varianten der angelsächsischen Systeme, die ausschliesslich auf den Profit der Versicherungsgesellschaften ausgerichtet sind, einführen können. Mit Managed Care Modellen können die Versicherer in unserem System Einfluss auf die Kosten- und Qualitätskontrolle nehmen, wie sie dies bereits mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs anstreben. Es ist auch weiterhin primär eine Aufgabe des Krankenversicherers und des Leistungserbringers – im Sinne einer besseren Ausschöpfung der Bestimmungen des KVG – ,auf Verhaltensänderung ausgerichtete Angebote und Versicherungsmodelle zu entwickeln und einzuführen.

Der Bundesrat hat in der zweiten Teilrevision des KVG vorgeschlagen, die Versicherer zu verpflichten, ein solches Modell anzubieten. Ein parlamentarischer Vorschlag sieht sogar die obligatorische Einführung des Hausarztmodells für alle Versicherten vor. Das BSV ist der Ansicht, dass dieser Vorschlag nicht aufgegriffen werden soll. Er führt nämlich dazu, dass die Anreizwirkungen und damit die notwendige Verhaltensänderung auf Grund dieser Art des Obligatoriums nicht eintreten können. Damit der Risikoausgleich und die Festsetzung der Prämienreduktion diese Versicherungsformen begünstigen, müssen die erforderlichen Gesetzesänderungen genau geprüft werden, und zwar unter Beibehaltung des vom KVG eingeführten Solidaritätsprinzips und unter besonderer Beachtung der Gefahren, die eine Risikoselektion mit sich bringt. Allerdings sind den Prämienrabatten auch Grenzen gesetzt, wenn verhindert werden soll, dass die besonderen Versicherungsformen zu einer Entsolidarisierung in der Grundversicherung führen.

Weitere Fragen müssen indes noch geklärt werden. So beispielsweise die Entschädigung der vom Leistungserbringer erbrachten Leistung oder die Zweckmässigkeit einer minimalen Unterstellungsdauer des Versicherten unter ein solches Versicherungsmodell. Diese Überlegungen dürfen nach Ansicht der Autoren nicht nur finanzielle Anreizmassnahmen mit einbeziehen. Bisweilen werden diese Modelle tatsächlich als qualitativ minderwertige Gesundheitsversorgung dargestellt. Es ist deshalb sehr wichtig, dass das Vertrauen in diese Versicherungsformen gefördert wird. Die dem Modell zu Grunde liegenden Aspekte, wie eine umfassende medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten, die Übernahme von Folgebehandlungen und die Qualität der Leistungen (beispielsweise durch die Aufsicht und die Zusammenarbeit der Leistungserbringer), müssen der Bevölkerung vermittelt werden, und zwar gemeinsam von Bund, Versicherern und Leistungserbringern.»

Es gibt jedoch auch Anzeichen dafür, dass der Wille zur Weiterentwicklung der Managed Care Modelle weiterhin vorhanden ist und dass man bemüht ist, diese Modelle einen Schritt voranzubringen⁴. Nun haben Leistungserbringer und im Kanton Thurgau tätige Krankenversicherer ein Konzept zur Weiterentwicklung vorgelegt und ihren Willen bekundet, dieses in den nächsten Jahren auch praktisch umzusetzen. Es handelt sich dabei um «Integriertes Managed Care Thurgau / IMC TG⁵.»

3 BSV (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz; Synthesebericht; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 16/01, Bern; S. 123

4 Managed Care in der Schweiz. Geschichtlicher Abriss und Bedeutung der finanziellen Anreize Weber A, Götschi AS, Marti C, Huber F Schweizerische Ärztezeitung 2002;83(48):2629-2632

5 Das Konzept beruht auf einem Projekt über die Realisierbarkeit eines flächendeckenden integrierten Managed Care-Systems für den Kanton Thurgau, das vom Regierungsrat 1999 in Auftrag gegeben wurde. Der Projektbericht kann zum Preis von 20 Franken beim Kantonsarzt Thurgau, Dr. Alfred Muggli, Kantonale Verwaltung, 8500 Frauenfeld, bestellt werden.

Ein Hindernis für die Verbreitung von Managed Care Modellen besteht unter den heutigen Bedingungen v.a. auch in der Ausgestaltung der wählbaren Franchisen. Versicherte können mit den erhöhten Franchisen ihre Prämienlast senken und zwar ohne zusätzliche Verpflichtungen (wie «eingeschränkte Arztwahl»). Das Setzen von Anreizen in Managed Care Modellen kann somit nicht isoliert betrachtet werden.

Ein wesentliches Hindernis besteht auch darin, dass mit den heutigen Kriterien des Risikoausgleichs die Risikounterschiede zwischen den Versicherten nicht vollständig erfasst werden. Dies führt dazu, dass heute Managed Care Modelle tendenziell eher von guten Risiken gewählt werden und deshalb tiefere Kosten in solchen Modellen auch darauf zurückgeführt werden können. Es macht aber keinen Sinn die Gesundheitsversorgung von Patienten mit geringen Kosten zu managen. Die Modelle müssten für Patienten mit hohen Kosten attraktiver werden⁶. Vor allem jüngere Versicherten mit einem schlechten Krankheitsrisiko sind heute für die Krankenversicherer in solchen Modellen nicht attraktiv, weil für diese nicht nur hohe Kosten anfallen, sondern auch noch Abgaben an den Risikoausgleich geleistet werden müssen.

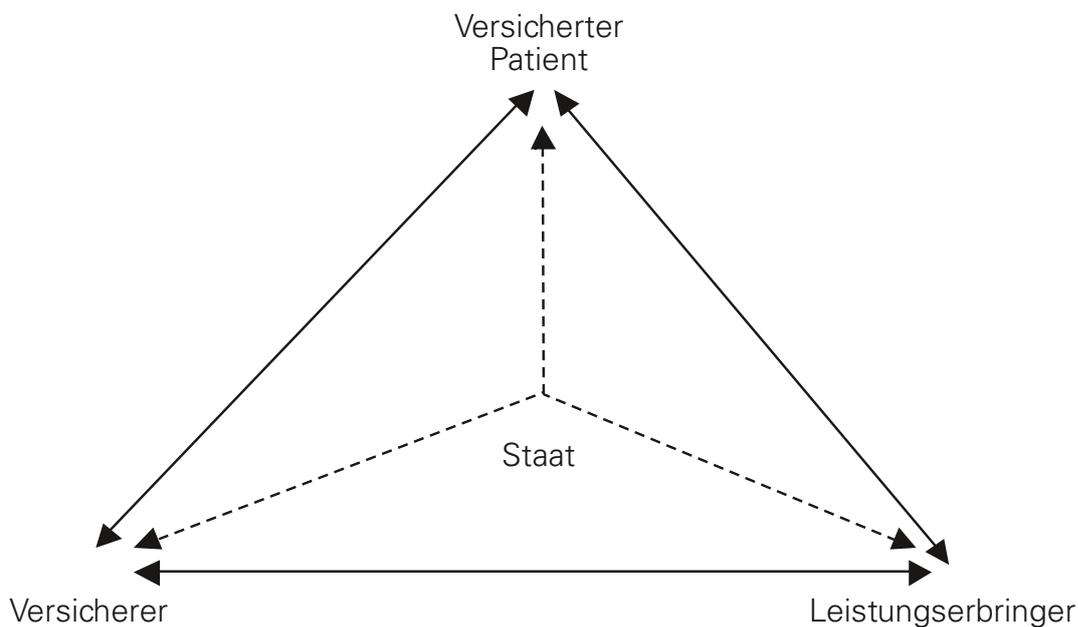
Im Parlament sind im Rahmen der Beratungen der zweiten Teilrevision des KVG Bestrebungen im Gange, besondere Versicherungsformen bzw. Managed Care Modelle zu fördern. So wie es zur Zeit aussieht, wird sehr wahrscheinlich der Vertragszwang zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgeschafft werden. Die Kantone werden aber einen Mindestbedarf an Leistungserbringern zu definieren haben. Alle Versicherer müssen bei ihren Vertragsschlüssen diesen Mindestbedarf respektieren. Im weiteren sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, Versicherungsmodelle anzubieten, in denen die Leistungserbringer eine mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung übernehmen. Leistungserbringer, die sich an solchen Versicherungsmodellen beteiligen, müssen von den Versicherern bei ihren Vertragsschlüssen bevorzugt werden. Damit der Anreiz für die Versicherten erhöht wird, diese Versicherungsmodelle auch tatsächlich zu wählen, soll für Versicherte, die eine solche Versicherungsform wählen, der heutige Selbstbehalt von 10 Prozent (max. 600 Franken) beibehalten werden, während der Selbstbehalt für diejenigen verdoppelt werden soll, die weiterhin an der freien Wahl der Leistungserbringer festhalten wollen⁷.

⁶ Vgl. Dr. Rita Baur und Ulrike Braun, Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung, Forschungsbericht des BSV Nr. 15/00, S. 49 f.

⁷ Stand nach der Frühlingssession des Ständerats

2 Problemstellung und Zielsetzung

Der Auftrag der Arbeitsgruppe besteht darin aufzuzeigen, wie die Rahmenbedingungen im KVG für besondere Versicherungsformen, d.h. im konkreten Fall für Managed Care Modelle verändert werden müssten, damit diese Modelle für Versicherte, Leistungserbringer und Versicherer attraktiver werden. Im Hinblick auf dieses Ziel war sich die Arbeitsgruppe einig, dass es sinnvoll erscheint, erst einmal die heutigen Rahmenbedingungen für Managed Care Modelle zu analysieren, um überhaupt herauszufinden, welches die Gründe sind, die eine Verbreitung und Weiterentwicklung von Managed Care Modellen hemmen oder gar behindern. Diese Analyse des «Ist-Zustandes» wurde mit Blick auf die beteiligten Akteure (Versicherte bzw. Patienten, Leistungserbringer und Versicherer) und ihre Beziehungen im untenstehenden Dreiecksverhältnisses vorgenommen.



Die oben umschriebene Analyse wurde unter Berücksichtigung der aktuellen Bestimmungen im KVG und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vorgenommen.

Tabelle 2 Ist-Zustand

Was	Versicherter Versicherer	Versicherter Leistungserbringer	Leistungserbringer Versicherer
Einschränkung des Wahlrechts der Leistungserbringer (Art.41 Abs.4 KVG)	<ul style="list-style-type: none"> - «Einschränkung» hat negativen Beigeschmack für Versicherte - Schlechtes Verkaufsargument für Versicherer - Versicherer sucht die Leistungserbringer aus +Versicherer kann Modell und Leistungserbringer bestimmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Verlust der freien Arztwahl für Versicherte - Versicherer trifft die Auswahl der Leistungserbringer für Versicherte 	<ul style="list-style-type: none"> - Versicherer wählt die Leistungserbringer aus +Versicherer können Leistungserbringer auswählen
Tarifverträge mit Spitälern (Art. 49 KVG)	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Einsparungen durch MC kommt nur die Hälfte der Ersparnis der Versicherung zugute. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Einsparungen durch MC kommt nur die Hälfte der Ersparnis der Versicherung zugute. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Einsparungen durch MC kommt nur die Hälfte der Ersparnis der Versicherung zugute.
Besondere Versicherungsformen (Artikel 62 KVG)	<ul style="list-style-type: none"> - Geringes Angebot für Versicherte 	<ul style="list-style-type: none"> +Keine Verpflichtung zur Mitwirkung für Leistungserbringer - Keine Verpflichtung zur Mitwirkung für Versicherte 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Verpflichtung zur Erarbeitung von Versicherungsmodellen für Versicherer
Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Artikel 99 KVV)	<ul style="list-style-type: none"> - Vermehrter Verwaltungsaufwand für Versicherte und Versicherer 	<ul style="list-style-type: none"> +Verantwortung für die Behandlungskette für den Leistungserbringer +,- Immer die gleiche Anlaufstelle für Versicherte 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermehrter Verwaltungsaufwand für Leistungserbringer und Versicherer - Keine Entschädigung für Verwaltungsaufwand für Leistungserbringer
Möglichkeit des Versicherers ganz oder teilweise auf die Erhebung der Kostenbeteiligung zu verzichten (64 Abs.6 Bst. c KVG, 99 Abs. 2 KVV)	<ul style="list-style-type: none"> +Einsparung für Versicherte +Administrative Vereinfachung für Versicherer und Versicherte - Kein Anreiz zu kostenbewusstem Verhalten der Versicherten 		
Maximal einjährige Verpflichtung der Versicherten (100 Abs. 3 KVV)	<ul style="list-style-type: none"> +Keine langfristige Bindung für Versicherte - Versicherte können schnell wieder aus Versicherungsmodell aussteigen 	<ul style="list-style-type: none"> +Keine langfristige Bindung für Versicherte 	
Prämienfestsetzung bzw. Prämienrabatt (101 KVV)	<ul style="list-style-type: none"> +Anreiz zum Mitmachen der Versicherten +Prämiensparnis für Versicherte - Prämienrabatt als «Verkaufselement» für Versicherer +Gesundheitszustand der Versicherten spielt keine Rolle 		
Risikoausgleich (105 KVG, 101 Abs. 1 KVV)	<ul style="list-style-type: none"> - Negative Auswirkungen auf die Prämienfestsetzung (weil der RA die Risiken nur unvollständig ausgleicht) 		

Erläuterung: + Positive Wirkung auf die Weiterentwicklung von Managed Care Modellen
 - Negative Wirkung auf die Weiterentwicklung von Managed Care Modellen

Auf Grund der zur Verfügung stehenden Daten ist davon auszugehen, dass die heutigen Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer eher von «guten Risiken» gewählt werden⁸. Die höchste Wirksamkeit der Behandlungssteuerung oder des Care Managements ist jedoch bei chronischkranken, multimorbiden PatientInnen zu erwarten. Diese machen rund 10–20 % der Bevölkerung aus, verursachen aber 60–80 % der gesamten Gesundheitskosten. Bei den 60 % der Bevölkerung mit einfachen Gesundheitsstörungen ist in der Regel kein eigentliches Management der Behandlung notwendig. Hier könnten nationale Guidelines, Weiterbildungsprogramme und Informationskampagnen zu einer Effizienzsteigerung der Behandlung führen (Bsp. Hypertonie Guideline für Allgemeinpraktiker, Informationskampagne der Schweizer Herzstiftung oder Apotheker). Bei den 20 % der Bevölkerung, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, ist die Gesunderhaltung und Prävention über Staat und Krankenversicherer zu fördern, wobei darauf hinzuweisen ist, dass auch Chronischkranke Präventionsmassnahmen benötigen. Tatsache ist also, dass sich heute noch relativ wenig Versicherte in den Managed Care Modelle befinden und offenbar auch nicht unbedingt diejenigen Versicherten, bei welchen sich die höchste Wirksamkeit mit einer Behandlungssteuerung erzielen lassen könnte

Bei der Frage betreffend die Steigerung der Attraktivität von Managed Care Modellen erschien es der Arbeitsgruppe vorgängig als sinnvoll und notwendig, erst einmal darzustellen, welche Rolle, aber auch welche Aufgaben eigentlich jeder dieser drei Beteiligten (Versicherter, Leistungserbringer, Versicherer) haben soll. Bei dieser Analyse darf jedoch der Staat (Bund und Kantone) als indirekt Beteiligter nicht vergessen werden.

Tabelle 3 Aufgaben, Rolle der Beteiligten

Staat	(Versicherter) Patient	Leistungserbringer	Versicherer
<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Care Management und Kontrolle deren Einhaltung. • Unterstützung der Forschung • Förderung der Transparenz der medizinischen Leistung («Guide Santé»). • Anerkennung allfälliger Zertifizierungsstellen • Grundlagenarbeiten für Tarife, Qualitätssicherung und Pilotprojekte • Information (Patientenempowerment) • (Ombusstelle (Qualitätssicherung)) 	<ul style="list-style-type: none"> • Übernimmt Eigenverantwortung bei Leistungsbezug (Kosten / Nutzenüberlegung) • Wählt bei komplexen medizinischen Problemen Care Manager als Berater und Begleiter • Übernimmt aktive, eigenverantwortliche Rolle im Behandlungsprozess, lässt sich bei Bedarf informieren und schulen. • Bereitschaft, von Care Managern gemanagt zu werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein substantieller Teil der Leistungserbringer sollte zu Care Managern ausgebildet werden. Diese beraten und begleiten Patienten mit komplexen Erkrankungen über den ganzen Behandlungsprozess⁹ • Schaffung von Leistungserbringernetzen mit übergeordneten Organisationsstrukturen • Entwicklung und Betrieb von Case- und Disease Managementprogrammen • Qualitätsentwicklung und kontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung mit Care Managern mit zielkonformen Anreizsystemen. • Motivation der eigenen Versicherten, im Krankheitsfall die Betreuung einem ausgewählten Care Manager anzuvertrauen. • Schaffung entsprechender, attraktiver und zielgruppenorientierter Versicherungsprodukte und Programme. • Schaffung von Leistungserbringernetzen mit übergeordneten Organisationsstrukturen

⁸ BSV (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz; Synthesebericht; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 16/01, Bern; S. 62

⁹ Care Management heisst 1) Problemanalyse, 2) Erarbeitung von verschiedenen Behandlungsoptionen, 3) Beratung des Patienten bei der Wahl der adäquaten Behandlung, 4) Planung, Organisation der Behandlung (inkl. Auswahl der am besten geeigneten Leistungserbringer), 5) Führung der beteiligten Leistungserbringer bei der Umsetzung des Behandlungsplanes, 6) Controlling des Behandlungsprozesses

In einem nächsten Schritt wurden dann – in Kenntnis der heutigen Hemmnisse – noch die eigentlichen Anreize ermittelt (was möchte jeder einzelne der Beteiligten, welche Vorteile sieht er für sich und was müsste ihm geboten werden).

Tabelle 4 Anreize der Beteiligten

Staat	(Versicherter) Patient	Leistungserbringer	Versicherer
<ul style="list-style-type: none"> • Kosteneinsparungen • Qualitativ gute Versorgung der Bevölkerung • Zufriedenheit der Bevölkerung, falls Kostenregulation und gute Versorgung gelingen • Förderung der Eigenverantwortung 	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichst gute, optimale medizinische Versorgung • Geringere Kostenbeteiligung bei Leistungsbezug via Care Manager. • Zusatzleistungen wie umfassende Beratung, Organisation und Koordination der benötigten Leistungen und Leistungserbringer. • Gutes Image der Care Management Organisation • Vergünstigungen bei Prämien (Rabatte, Boni) • Zertifizierter (qualitativ guter) Leistungserbringer, Care Manager • Evaluation von neuen Leistungen in MC-Modellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Korrekte Entschädigung des Steuerungsaufwandes. • Erfolgspartizipation, Ertragsoptimierung • Gutes Image • Exklusive Tarifvereinbarungen • Hilfsmittel für Care Management (Bsp. Datengrundlagen, Entscheidungshilfen, Forschungskredite) • Möglichkeit zur Werbung • Entlastung im administrativen Bereich • Garantie betreffend Anzahl Patienten (Auslastung) • Bewusste Auswahl der Partner (exklusive Tarifvereinbarungen) • Gutes Umfeld für Fortbildung (Qualitätszirkel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosteneinsparungen, Prämienstabilisierung • Wettbewerbsvorteil bezüglich Kosten und Qualität • Gutes Image • Möglichkeit für exklusive Tarifvereinbarungen • Produktegestaltungsfreiheit • Freiheiten bei der Prämienkalkulation • Freiheiten bei der Ausgestaltung der Kostenbeteiligung • Taggeldversicherung mit Managed Care gekoppelt • Geringerer Verwaltungsaufwand • Integrierte, gezielte Prävention

Gestützt auf diese Analysen wurden dann die notwendigen Voraussetzungen für möglichst attraktive Managed Care Modelle festgelegt und die dafür notwendigen Änderungen, Ergänzungen oder Neuerungen im KVG diskutiert (vgl. Ziff. 4, 5).

3 Vorgehen

Die Arbeitsgruppe hat zur Ausarbeitung des Schlussberichtes insgesamt 7 halbtägige Sitzungen durchgeführt und ist dabei wie folgt vorgegangen:

1. Sitzung, 15. Oktober 2002

- Kenntnisnahme vom Auftrag des Bundesrates zum Gesamtprojekt «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision» und vom Auftrag für das Teilprojekt «Managed Care»; Festlegung der Arbeitsweise.
- Sichtung der vorhandenen Unterlagen und Feststellung über zusätzliche Informationsbedürfnisse.
- Vorbereitung der Berichterstattung an die Steuergruppe aufgrund eines ersten Arbeitspapiers¹⁰.

2. Sitzung, 12. November 2002

- Analyse des Ist-Zustandes
- Erste Diskussion über den Soll-Zustand

Die Ergebnisse sind oben unter Ziffer 2 festgehalten.

3. Sitzung, 3. Dezember 2002

- Erste Aussprache über die konkreten Vorschläge auf Gesetzesstufe zur Förderung von Managed Care Modellen.

4. Sitzung, 9. Januar 2003

- Beschlüsse über konkrete Vorschläge auf Gesetzesstufe zur Förderung von Managed Care Modellen für den Zwischenbericht an die Steuergruppe und die Präsentation am Workshop vom 12. Februar 2003.

5. Sitzung, 27. Februar 2003

- Beschlüsse über Umschreibung der Merkmale und Voraussetzungen von Versorgungsmodellen. Klärung einzelner, noch offenen Fragen, insbesondere gewisse Merkmale und Sonderregelungen der Versorgungsmodelle.

6. Sitzung, 27. März 2003

- Klärung einzelner, noch offenen Fragen, insbesondere die Auswirkungen einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs, eines verbesserten Risikoausgleichs und sozialverträgliche Regelung des Selbstbehalts.

7. Sitzung, 9. April 2003

- Diskussion der konkreten Gesetzesänderungen

¹⁰ vgl. den Bericht an die Steuergruppe vom 24.10.2002

4 Realisierbares Konzept

4.1 Die Definition von Managed Care Modellen

Das geltende KVG spricht nicht von Managed Care Modellen, sondern es kennt innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) besondere Versicherungsformen. Dies sind einerseits Versicherungen mit höheren Kostenbeteiligungen oder mit Prämien nach einem Bonus/Malus-System (Art. 62 KVG) und andererseits Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Heute fallen Managed Care Modelle unter die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die Wahl muss sich auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 41 Abs. 4 KVG). Diese Einschränkung in der Wahl der Leistungserbringer wird den Versicherten gegen eine Prämienreduktion als besondere Versicherungsform angeboten. Weitere Merkmale nennt das Gesetz nicht.

Nicht alle besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer können aber als Managed Care Modelle bezeichnet werden. Zudem stellt die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer im Grunde genommen kein typisches Merkmal für Managed Care Modelle dar. Typisch für solche Modelle ist vielmehr, dass sich die Versicherten für eine besondere Art und Weise der Leistungserbringung entscheiden. Sie verzichten dabei zwar darauf, die von ihnen frei gewählten Leistungserbringer während einer Behandlung beliebig zu wechseln. Als Gegenleistung erhalten sie aber eine umfassende und koordinierte Betreuung durch die am Modell beteiligten Leistungserbringer.

Die Arbeitsgruppe schlägt deshalb vor, Managed Care Modelle nicht mehr negativ als Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu bezeichnen, sondern die besondere Art der medizinischen Versorgung in den Vordergrund zu rücken und deshalb von Versorgungsmodellen zu sprechen.

Es gibt keine allgemein gültige und anerkannte Definition von Managed Care Modellen¹¹. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe müssen echte Managed Care Modelle die folgenden Merkmale aufweisen:

- Die Steuerung des gesamten Prozesses der Leistungserbringung aus einer Hand,
- die Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko der Patienten und
- die Vernetzung von Behandlungseinrichtungen.

Diese Merkmale lassen Raum für eine grosse Bandbreite an konkreten Modellen. Dies ist auch richtig so. Das Gesetz soll nämlich wie bisher für die konkrete Ausgestaltung von Managed Care Modellen einen grossen Freiraum belassen und primär auf wirksamere Anreize setzen. Auf der anderen Seite soll aber der Gesetzgeber doch deutlicher als heute und deutlicher als in der bisher vorgeschlagenen Fassung von Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f KVG¹² zum Ausdruck bringen, welche Merkmale diese Versorgungsmodelle aufweisen müssen.

4.2 Managed Care als Versorgungsmodell innerhalb der OKP

4.2.1 Wahlmöglichkeit innerhalb der OKP beibehalten

Bereits im Bericht vom Oktober 2002 hat die Arbeitsgruppe vorgeschlagen, dass die OKP nicht aus einem einzigen Versicherungsmodell bestehen soll, sondern dass die Versicherten wie heute die Möglichkeit haben sollen, innerhalb der OKP zwischen mehreren Versicherungsmodellen zu wählen. Im Laufe der weiteren Beratungen ist die Arbeitsgruppe zum Schluss gelangt, dass der Beitritt zu einem

¹¹ Vgl. Jürg Baumberger, So funktioniert Managed Care, Thieme Verlag Stuttgart 2001, S.44

¹² Vgl. Botschaft für die Teilrevision des BG über die Krankenversicherung vom 18. September 2000

Managed Care Modell den Versicherten nicht vorgeschrieben werden soll. Die Arbeitsgruppe verneint somit diese im Auftrag des Bundesrates ausdrücklich gestellte Frage. Zur näheren Begründung wird auf Ziffer 5.1 verwiesen.

Wie im geltenden KVG sollen also Managed Care Modelle eine Alternative zur Grundform der OKP darstellen, welche von den Versicherten freiwillig gewählt werden kann. Solche Modelle verlangen auch von den Versicherten eine Verhaltensänderung. Diese sollen sich deshalb bewusst dafür entscheiden können, was zum guten Funktionieren solcher Modelle beiträgt.

In der Frage, ob den Versicherern vorgeschrieben werden soll, solche Modelle anzubieten, wie dies bereits in der 2. KVG-Teilrevision vorgesehen ist (vgl. Entwurf des Bundesrates zu Art. 13 Abs. 2 lit. f KVG) ist die Arbeitsgruppe zur Auffassung gelangt, dass eine solche Verpflichtung nicht sinnvoll ist. Managed Care Modelle können nur in enger Zusammenarbeit mit Leistungserbringern konzipiert und angeboten werden. Eine einseitige Verpflichtung der Versicherer greift deshalb ins Leere. Es müssten in der Konsequenz also auch die Leistungserbringer zur Mitwirkung verpflichtet werden. Entscheiden sich Leistungserbringer aber nicht aus eigenem Antrieb für die Mitwirkung in solchen Modellen, werden diese ihr Ziel kaum erreichen. Werden deshalb die Versicherer verpflichtet, solche Modelle anzubieten, so bedingt dies entweder eine gleichzeitige Verpflichtung der Leistungserbringer und damit eine umfassende Regulierung im Leistungsbereich oder es führt lediglich zu einem Angebot von Pseudomodellen. Der Grundsatz der Freiwilligkeit und der Vertragsfreiheit sollte deshalb für alle Beteiligten gelten.

4.2.2 Die Umschreibung der Merkmale und Voraussetzungen im Gesetz

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, im Gesetz zu umschreiben, welche Merkmale ein Managed Care Modell aufweisen soll, um als Versorgungsmodell qualifiziert zu werden, das den Versicherten im Rahmen der OKP als besondere Versicherungsform angeboten werden kann. Das Modell soll als «Versorgungsmodell» und nicht wie bisher als «Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers» (Art. 62 Abs. 1 KVG) bezeichnet werden. Das Versorgungsmodell muss daher folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. Die Initiative zur Errichtung des Modells kann von Leistungserbringern und/oder von Versicherern ergriffen werden. Das Modell entsteht durch einen Vertrag zwischen einem fest umschriebenen Kreis von Leistungserbringern und einem oder mehreren Versicherern. Die Leistungserbringer können sich zu einer juristischen Person zusammenschliessen. Der Vertrag zur Bildung eines Versorgungsmodells kann auch mit einem einzigen Leistungserbringer (z.B. Spital, HMO) abgeschlossen werden. Der oder die Leistungserbringer müssen in der Lage sein, die Koordination der gesamten Versorgung der Versicherten zu übernehmen.
- b. Der Vertrag regelt insbesondere die Vergütung, welche die Versicherer dem Versorgungsmodell für die Behandlung eines Versichertenkollektivs ausrichten, sowie die Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen. Er ist ein Tarifvertrag im Sinne des KVG. Die beteiligten Leistungserbringer übernehmen eine wirtschaftliche Mitverantwortung für die Behandlung der im Modell betreuten Versicherten. Erlaubt sind Vereinbarungen, wonach sich die Leistungserbringer am Risiko und am Erfolg des Modells beteiligen.
- c. Die beteiligten Leistungserbringer übernehmen Aufgaben für die Koordination aller Behandlungen der Versicherten (Steuerung der Behandlung, caremanagement). Sie legen die von ihnen angewendeten Massnahmen zur Qualitätssicherung offen.
- d. Die Versicherten entscheiden sich durch den Abschluss eines Vertrages mit dem Versicherer, für eine bestimmte Zeit die Leistungen der OKP im Rahmen des Versorgungsmodells zu beanspruchen. Das Modell muss den Versicherten sämtliche Leistungen der OKP garantieren. Beansprucht ein Versicherter von sich aus Leistungen ausserhalb des Versorgungsmodells, gelten die im Vertrag mit den Versicherten vereinbarten Sanktionen (z.B. Verlust der tieferen Kostenbeteiligung oder der tieferen Prämie, vgl. Ziff. 4.3.2).

Diese Umschreibung der Merkmale, welche ein Managed Care Modell aufweisen muss, lässt verschiedene konkrete Modelle zu. Im Gesetz sollen also nicht bestimmte Modelle vorgegeben werden, welche ausschliesslich angeboten werden können. Die Arbeitsgruppe schlägt vielmehr ein Konzept vor, wie (verschiedene) denkbare Managed Care Modelle innerhalb der OKP durch das Gesetz gefördert und bei allen Beteiligten (Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte) vermehrt Anreize gesetzt werden können, um sich für ein Mitmachen bei solchen Modellen zu entscheiden.

Die konkrete Ausgestaltung von Managed Care Modellen beruht auf einem Lernprozess, an welchem sowohl die Leistungserbringer wie die Versicherer und auch die Versicherten beteiligt sind. Ein konkretes Modell soll im Laufe dieses Lernprozesses ständig angepasst und verbessert werden können. Auch dies spricht für eine offene Formulierung im Gesetz und gegen die gesetzliche Vorgabe eines konkreten Modells. Im Gegensatz zum geltenden Recht sollen aber die Merkmale, welche solche Modelle aufweisen müssen, näher umschrieben werden. Die rechtliche Bedeutung liegt darin, dass nur für Modelle mit diesen Merkmalen die speziellen gesetzlichen Regelungen (Ziff. 4.3) anwendbar sind.

Das Kernelement jedes Versorgungsmodells ist die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern bei der Behandlung von Versicherten bzw. die klare Übernahme der Verantwortung für den gesamten Versorgungsprozess durch eine zentrale Stelle. Diese Zusammenarbeit muss in einem Versorgungsmodell zwischen einem fest umschriebenen Kreis von Leistungserbringern erfolgen. Die Leistungserbringer haben die Behandlung der Versicherten zu koordinieren. Wie dies konkret geschieht (durch einen Hausarzt als Gatekeeper, durch einen anderen Leistungserbringer oder durch einen speziell eingesetzten Fallmanager etc.) wird der vertraglichen Regelung überlassen. Der Koordination der Behandlung dienen auch die Leitlinien für die Behandlung und die Massnahmen der Qualitätssicherung (z.B. Qualitätszirkel). Alle diese Massnahmen haben die Leistungserbringer gemeinsam festzulegen und auch offenzulegen.

Die Initiative zur Errichtung eines Versorgungsmodells kann sowohl von den Versicherern wie von den Leistungserbringern ausgehen. Die Leistungserbringer stehen gemeinsam in einer vertraglichen Beziehung mit einem oder mit mehreren Versicherern. Die Umschreibung des Kreises ergibt sich durch den Beitritt zum Vertrag mit den Versicherern. Möglich, aber nicht vorgeschrieben ist, dass sich die Leistungserbringer zu einer juristischen Person zusammenschliessen und sie als solche den Vertrag mit den Versicherern abschliessen. Versorgungsmodelle sollen auch durch einen Vertrag mit einem einzelnen Leistungserbringer (Spital, HMO) zustandekommen können. Der oder die Leistungserbringer müssen in der Lage sein, die im Versorgungsmodell verlangte Koordination aller Behandlungen und sämtlicher Pflichtleistungen der im Modell betreuten Versicherten zu gewährleisten.

Der Vertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherern enthält die Regelung über die Vergütung und die Qualität der Leistungen. Er ist also ein Tarifvertrag im Sinne des KVG, hat aber noch weitere Bereiche zu regeln. Die gesetzlichen Vorschriften des KVG über den Tarifvertrag sollen aber auf diese Vereinbarung nicht unverändert zur Anwendung gelangen, sondern es sollen davon abweichende Bestimmungen angewendet werden können (vgl. Ziff. 4.3.1).

In Versorgungsmodellen müssen die Leistungserbringer eine wirtschaftliche Mitverantwortung für die Behandlung der Versicherten übernehmen. Wie diese konkret ausgestaltet wird, ist den Vertragspartnern überlassen. Wirtschaftliche Mitverantwortung der Leistungserbringer kann bedeuten, dass zwischen den an einem Versorgungsmodell beteiligten Leistungserbringern und den Versicherern für die Versorgung eines konkreten Kollektivs von Versicherten ein prospektives Globalbudget vereinbart wird (berechnet auf dem Risiko der beteiligten Versicherten/Capitation). Dieses Ergebnis dürfte aber erst nach einem längeren Lernprozess aller Beteiligten erreicht werden. Die Vereinbarung darf auch andere Arten einer wirtschaftlichen Mitverantwortung vorsehen, beispielsweise eine nachträgliche Senkung der Vergütung bei Überschreiten des Budgets, aber auch die Auszahlung eines Bonus an die Leistungserbringer bei Einhaltung des Budgets.

Neben den Leistungserbringern und den Versicherern haben sich auch die Versicherten bewusst für die Teilnahme am Versorgungsmodell zu entscheiden. Der Entscheid der Versicherten erfolgt in der Form einer Vereinbarung mit ihrem Versicherer. Der Kerngehalt dieser Vereinbarung besteht darin, dass die

Versicherten die im Modell geltende Steuerung bei der Behandlung akzeptieren. Heute müssen sich die Versicherten zum Voraus für die Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers entscheiden. Die Versicherungsform kann nur auf das Ende eines Kalenderjahres verlassen werden. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe sollen Beitritt und Austritt aus den Versorgungsmodellen frei vereinbart werden können. Es soll beispielsweise auch möglich sein, dass der Entscheid erst bei Beginn einer Behandlung getroffen wird. Dies wird möglich, weil die Teilnahme an einem Versorgungsmodell mit einer Reduktion der Kostenbeteiligung, aber nicht mehr unbedingt mit einer Prämienreduktion verbunden sein muss (vgl. Ziff. 4.3.2).

Der Entscheid für das Modell muss sich weiterhin auf eine bestimmte Dauer beziehen. Die Arbeitsgruppe hat sich aber ausdrücklich dagegen ausgesprochen, im Gesetz eine bestimmte Mindestdauer vorzuschreiben, weil dies die Versicherten von einem Beitritt abhalten könnte. Hingegen kann im Vertrag zwischen Versicherer und Versicherten eine Mindestdauer vereinbart werden. Zudem soll es auch möglich sein, die Versicherten für ihre Treue bei der Teilnahme am Modell zu belohnen (vgl. Ziff. 4.3.2).

Wie nach geltendem Recht sollen Abstriche vom gesetzlichen Leistungsumfang nicht zulässig sein. Können die Leistungen nicht innerhalb des Versorgungsmodells erbracht werden, müssen die Versicherten diese durch andere Leistungserbringer beziehen können. Entweder schliessen die am Modell beteiligten Leistungserbringer oder Versicherer mit anderen Leistungserbringern entsprechende Vereinbarungen ab oder die Versicherten haben für diese Leistungen das Recht, von sich aus andere Leistungserbringer aufzusuchen.

Die Vereinbarung mit den Versicherten muss regeln, welche Konsequenzen es hat, wenn sich die Versicherten in einem konkreten Behandlungsfall nicht an die im Versorgungsmodell geltenden Regeln halten, wenn sie also entgegen der Vereinbarung Leistungserbringer ausserhalb des Modells aufsuchen. Eine Sanktion, wonach in solchen Fällen überhaupt keine Leistungen der OKP geschuldet sind, wäre unverhältnismässig. Die Versicherten sind trotz eines Regelverstosses noch obligatorisch versichert. Zudem müsste bei einer solchen Sanktion damit gerechnet werden, dass in vielen Fällen der Regelverstoss kaschiert würde, indem eine nachträgliche Zuweisung zum aufgesuchten Leistungserbringer konstruiert würde. Eine verhältnismässige Sanktion ist dagegen der Verlust jener finanziellen Vergünstigungen, welche im Modell den Versicherten eingeräumt werden (vgl. Ziff. 4.3.2).

Welche Vereinbarungen über die auszutauschenden Daten (Administrativdaten, Leistungsdaten etc.) getroffen werden, ist den Vertragspartnern im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorschriften selbst überlassen.

4.3 Spezielle Regelungen für Versorgungsmodelle

Nach geltendem Recht können für besondere Versicherungsformen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer die Prämien vermindert sowie die Kostenbeteiligungen ganz oder teilweise aufgehoben werden. Die übrigen Bestimmungen des KVG sind unverändert zu beachten. Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass noch weitere Sonderregelungen sinnvoll und notwendig wären, um sowohl bei den Versicherern, wie bei den Leistungserbringer und den Versicherten die Anreize für die Beteiligung an solchen Modellen zu verstärken.

Diese speziellen Regelungen beziehen sich einerseits auf das Leistungs- und das Tarifrecht und andererseits auf die Bestimmungen über die Finanzierung der OKP.

4.3.1 Leistungs- und Tarifrecht

Für Versorgungsmodelle, welche die Mindestvoraussetzungen im Sinne von Ziffer 4.2.2 erfüllen, sind im Bereich Leistungen und Tarife folgende Abweichungen von den ordentlichen Regeln des KVG erlaubt:

- a. In Versorgungsmodellen dürfen zusätzliche Leistungen vorgesehen werden. Diese sind in den Verträgen der Versicherer mit den Leistungserbringern und mit den Versicherten festzulegen. Einschränkungen im gesetzlich garantierten Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind ausgeschlossen.
- b. Die in der Leistungsverordnung enthaltenen Auflagen zur vorgängigen Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt können aufgehoben werden.
- c. Für den Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Es besteht kein Anspruch eines Versicherers oder eines Leistungserbringers auf Beitritt zum Vertrag. Die beteiligten Leistungserbringer und Versicherer sind nicht verpflichtet, in anderen Tarifverträgen gleiche oder ähnliche Tarife für die Vergütung von Leistungen abzuschliessen. Bei Einzelleistungsvergütung kann von der einheitlichen Tarifstruktur abgewichen werden.
- d. Die Vergütung der am Versorgungsmodell beteiligten Leistungserbringer kann von diesen selber geregelt werden (Innenverhältnis).
- e. Die am Versorgungsmodell beteiligten Leistungserbringer können anstelle der Versicherer mit anderen Leistungserbringern Tarifverträge für die vom Modell betreuten Versicherten abschliessen (Aussenverhältnis). Es dürfen Exklusivverträge abgeschlossen werden.
- f. Der Tarifvertrag zwischen den Versicherern und den am Modell beteiligten Leistungserbringern sowie die Vereinbarungen der Leistungserbringer im Innenverhältnis und im Aussenverhältnis bedürfen keiner Genehmigung durch eine Behörde (Kantonsregierung, Bundesrat).
- g. Wird im Tarifvertrag ein prospektives Budget vereinbart, können die Beiträge der Kantone an die stationäre Behandlung durch eine Vereinbarung mit dem Kanton als prospektiver Beitrag in das Budget eingeschlossen werden.

Wie bereits erwähnt, dürfen in den Versorgungsmodellen keine Abstriche von den Leistungen der Krankenversicherung vorgenommen werden. Hingegen sollen im Rahmen dieser Modelle in bestimmten Bereichen, die im Gesetz ausdrücklich zu nennen sind, zusätzliche Leistungen erlaubt sein. Zum einen kann es sich um Leistungen handeln, die mit der Steuerung der Behandlung verbunden sind. Dazu zählen insbesondere Leistungen im Zusammenhang mit dem Fallmanagement, wenn diese nicht als Leistungen der OKP gelten oder wenn sie nicht von Leistungserbringern im Sinne des KVG erbracht werden. Im weiteren sollen auch zusätzliche Leistungen möglich sein, welche die Steuerung der Behandlung unterstützen (z.B. Gesundheitsberatung) oder dabei besonders sinnvoll sind (z.B. spezielle Leistungen der Prävention). Diese zusätzlichen Leistungen sollen im Tarifvertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern zum voraus festgelegt und den Versicherten beim Beitritt zum Versorgungsmodell bekanntgegeben werden. Die Gesetzgebung soll also die Möglichkeit einer Ausdehnung der Leistungspflicht nicht beschränken. Faktisch wird aber der Handlungsspielraum stark eingeschränkt, weil die Versorgungsmodelle durch den Risikoausgleich in die Risikogemeinschaft der Versicherer eingebunden sind und die finanziellen Vergünstigungen (vgl. Ziff. 4.3.2) sowie die Kosten für zusätzliche Leistungen langfristig durch entsprechende Kosteneinsparungen kompensiert werden müssen.

Die in den Versorgungsmodellen verlangte Steuerung der Behandlung ersetzt die Aufgaben, welche im Grundmodell der OKP den Vertrauensärzten übertragen sind. Die im Leistungsrecht enthaltenen Auflagen zur vorgängigen Konsultation des Vertrauensarztes können deshalb hier aufgehoben werden. Das KVG gibt den Vertragspartnern bereits eine grosse Freiheit in der Ausgestaltung der Tarifverträge. Diese Freiheit ist gerade in den Versorgungsmodellen sehr wichtig. Sie soll deshalb für diese Modelle in einigen Punkten noch präzisiert werden. Zwar besteht bereits nach dem KVG mit Ausnahme von Verbandsverträgen kein Beitrittsrecht von Dritten zu einem bestimmten Tarifvertrag. Weil aber der Begriff des Verbandes nicht völlig klar ist, soll ausdrücklich festgehalten werden, dass zu Verträgen über die Bildung von Versorgungsmodellen kein Beitrittsrecht besteht und die Vertragspartner auch nicht verpflichtet sind, mit anderen Leistungserbringern oder Versicherern gleiche oder ähnliche Verträge abzuschliessen.

Der Vertrag zwischen den am Versorgungsmodell beteiligten Versicherern und Leistungserbringern soll sich auf die Vergütung an die Leistungserbringer als Gruppe beschränken können (Aussenverhältnis). Es kann also ein Budget für die Gesamtheit der Leistungen und der Leistungserbringer vereinbart werden. Die Aufteilung der Vergütung an die beteiligten Leistungserbringer (Innenverhältnis) soll anschliessend zwischen den Leistungserbringern alleine vereinbart werden können. Ebenso sollen die beteiligten Leistungserbringer auch die Möglichkeit haben, selber ohne Mitwirkung der Versicherer die Vergütungen an Dritte (z.B. ein Spital) zu vereinbaren. In solchen Vereinbarungen soll auch eine Exklusivitätsklausel zulässig sein. Bei Versorgungsmodellen besteht nämlich aufgrund der Steuerung der Behandlungen das Bedürfnis, Behandlungen, die nicht selber erbracht werden können (z.B. stationäre Behandlungen), ausschliesslich bestimmten Leistungserbringern zu übertragen, mit welchen auch entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen werden.

Sämtliche Verträge und Vereinbarungen, die im Zusammenhang mit Versorgungsmodellen abgeschlossen werden, also sowohl jene im Aussenverhältnis wie jene im Innenverhältnis, sollen ohne eine behördliche Genehmigung (Kantonsregierungen, Bundesrat) in Kraft treten können. Es handelt sich um sehr spezielle Verträge für einen jeweils relativ kleinen Kreis von Versicherten und Leistungserbringern. Zudem sind alle Beteiligten absolut frei, ob sie sich an solchen Modellen beteiligen wollen. In solchen Fällen macht die Überprüfung der Verträge durch eine Behörde keinen Sinn. Bei Streitigkeiten zwischen den Vertragspartnern oder mit den Versicherten können die zuständigen Gerichte prüfen, ob die Verträge mit dem übergeordneten Recht konform sind.

Solange die Kantone stationäre Behandlungen durch eigene Beiträge mitfinanzieren, können Versorgungsmodelle nicht in vollem Umfang von den Kosteneinsparungen profitieren, die sie durch die Vermeidung oder Verkürzung von Spitalaufenthalten erzielen. Dies gilt insbesondere bei der Festlegung eines prospektiven Budgets (Capitation). Die Arbeitsgruppe schlägt deshalb vor, eine rechtliche Grundlage zu schaffen, damit sich auch die Kantone an der Vereinbarung einer Capitation beteiligen können. Falls mit der hängigen Revision des KVG leistungsbezogene Pauschalen eingeführt werden, welche die Kantone bei Behandlungen ihrer Einwohner zur Hälfte übernehmen müssen, könnte sich also ein Kanton an der vereinbarten Capitation finanziell beteiligen. Er müsste dafür im konkreten Behandlungsfall keinen Beitrag mehr leisten.

4.3.2 Finanzierung

Für Versorgungsmodelle, welche die Mindestvoraussetzungen im Sinne von Ziffer 4.2.2 erfüllen, sind im Bereich Finanzierung folgende Abweichungen von den ordentlichen Regeln des KVG erlaubt:

- a. Die Versicherten entrichten im Versorgungsmodell einen geringeren Selbstbehalt als in der Grundform der OKP (Dies bedingt aber eine deutliche Erhöhung des Selbstbehaltes in der Grundform der OKP).
- b. Die Versicherer legen die Prämie für das Versorgungsmodell fest. Die in der Grundform der OKP geltenden kantonalen und regionalen Abstufungen müssen nicht übernommen werden oder können anders umschrieben werden (z.B. einheitliche Prämie innerhalb eines Modells über Kantonsgrenzen und Prämienregionen eines Kantons hinaus). Die übrigen Regeln der OKP, welche bei der Prämienfestsetzung zu beachten sind (Prämienabstufung für Kinder und Jugendliche, Berücksichtigung des Risikoausgleichs, Genehmigung der Prämien) gelten auch für die Versorgungsmodelle.
- c. Die Prämien dürfen nach der Dauer der Teilnahme am Modell abgestuft werden (Treuebonus).
- d. Den Versicherten kann am Jahresende eine Rückvergütung ausbezahlt werden.
- e. Die Kantone müssen die Prämienverbilligung immer an den Prämien des Grundmodells bemessen (d.h. bei einer tieferen Prämie im Versorgungsmodell ist der Anteil der Prämienverbilligung höher).

Nach dem geltenden Recht besteht der Anreiz für die Versicherten zur Wahl einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in einer Prämienreduktion. Die Erfahrung zeigt, dass dieser Anreiz vor allem für Versicherte attraktiv ist, welche damit rechnen können, dass sie die Leistungen der OKP voraussichtlich nicht oder nur in geringem Masse beanspruchen werden (gute Risiken). Managed Care Modelle sollten aber gerade für Versicherte mit hohen Behandlungskosten attraktiv sein, weil dort auch die grössten Kosteneinsparungen erzielt werden können. Diese Attraktivität kann durch eine Differenz beim Selbstbehalt (Prozentsatz und Höchstbetrag) erreicht werden. Im Gegensatz zur Franchise wirkt sich nämlich der Selbstbehalt bei hohen Behandlungskosten aus.

Die Differenz beim Selbstbehalt soll durch eine deutliche Erhöhung des Selbstbehaltes in der Grundform der OKP erreicht werden. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe sollte der Selbstbehalt in der Grundform der OKP auf mindestens 20% (im Maximum pro Jahr Fr. 1200.–), eher noch auf 30% (im Maximum pro Jahr Fr. 1800.–) erhöht werden. Das würde es erlauben, bei Managed Care Modellen den Selbstbehalt bei 10% (im Maximum pro Jahr Fr. 600.–) zu belassen. Man muss sich allerdings bewusst sein, dass bei einem tieferen Selbstbehalt Einnahmefälle entstehen, welche grundsätzlich durch höhere Prämien finanziert werden müssen, wenn in diesen Modellen die Kosten nicht entsprechend gesenkt werden können. Bei gleicher Risikozusammensetzung und gleichbleibenden Kosten stellt sich die Situation wie folgt dar:¹³

Tabelle 5 : Berechnungen zur Kostenbeteiligung

Kostenbeteiligung	Prämienreduktionen mit höherer Kostenbeteiligung	Prämienerhöhung mit sinkender Kostenbeteiligung
Franchise Fr. 230.– SB 10%, max. Fr. 600.–	0%	15,6%
Franchise Fr. 230.– SB 15%, max. Fr. 900.–	3,4%	11,7%
Franchise Fr. 230.– SB 20%, max. Fr. 1200.–	6,7%	7,9%
Franchise Fr. 230.– SB 30%, max. Fr. 1800.–	13,5%	0%
Franchise Fr. 300.– SB 10%, max. Fr. 800.–	0%	15,7%
Franchise Fr. 300.– SB 15%, max. Fr. 1200.–	3,7%	11,5%
Franchise Fr. 300.– SB 20%, max. Fr. 1600.–	7,5%	7,1%
Franchise Fr. 300.– SB 30%, max. Fr. 2000.–	13,6%	0%

SB = Selbstbehalt

Die angegebenen Prämienerhöhungen mit sinkender Kostenbeteiligung zeigen auch, in welchem Ausmass bei einer geringeren Kostenbeteiligung für Managed Care Modelle die Kosten bei gleicher Risikostruktur wie in der Grundform der OKP gesenkt werden müssen, um bei gleicher Prämie ein ausgeglichenes Resultat zu erhalten. Die Arbeitsgruppe vertritt die Ansicht, dass diese Kosteneinsparung langfristig erreicht werden kann. Selbst wenn dieses Resultat anfänglich nicht erreicht werden sollte, rechtfertigt sich der Anreiz über tiefere Selbstbehalte. Die Versicherer haben nämlich ein Interesse, dass Chronischkranke sich für Managed Care Modelle entscheiden. Gerade bei diesen Versicherten ist die Steuerung der Behandlung wichtig und führt schliesslich im Vergleich zu unkoordinierten Behandlungen zu Kosteneinsparungen. Entscheidend ist für die Versicherer letztlich das Gesamtergebnis der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

¹³ Angaben von Prof. Heinz Schmid

Die oben aufgezeigten Einnahmefälle bzw. Prämienhöhungen bei gleichbleibenden Kosten zeigen indessen, dass deutliche Kosteneinsparungen erzielt werden müssen. Sollte deshalb der Selbstbehalt in der Grundform der OKP auf 30 Prozent erhöht werden, müssen die Versicherer die Möglichkeit haben, bei der Senkung des Selbstbehaltes in Managed Care Modellen eine Abstufung vorzusehen, beispielsweise auf 20 Prozent und auf 10 Prozent.

Mit einer Senkung des Selbstbehaltes wird also der Spielraum für eine gleichzeitige Senkung der Prämien enger. Eine Reduktion der Prämien gegenüber der Grundform der OKP soll in den Versorgungsmodellen zwar weiterhin möglich aber nicht zwingend vorgeschrieben sein. Zudem sollen die Versicherer bei der Prämienfestlegung in den Versorgungsmodellen eine grössere Gestaltungsfreiheit als heute haben. Es soll nicht mehr verlangt werden, dass die Prämien der Versorgungsmodelle grundsätzlich in einer bestimmten prozentualen Relation zur Prämie der Grundform der OKP stehen müssen. Kantonale und regionale Prämienabstufungen in der Grundform der OKP müssen nicht auf die Versorgungsmodelle übertragen werden. Innerhalb eines Versorgungsmodells soll eine einheitliche Prämie möglich sein. Die Prämienabstufungen für Kinder und Jugendliche sollen hingegen auch in den Versorgungsmodellen vorgenommen werden. Der Grundsatz der Genehmigung der Prämie soll ebenfalls gelten.

Heute ist umstritten, ob Versorgungsmodelle den Versicherten am Jahresende eine Belohnung auszahlen dürfen, wenn das Modell sein Kostenziel erreicht oder unterschritten hat. Solche Belohnungen sind an sich sinnvoll, weil auch die Versicherten mit ihrem eigenen Verhalten die Kosten beeinflussen können. Gleichzeitig wird es damit auch möglich, Prämienvergünstigungen nur dann zu gewähren, wenn tatsächlich auch Kosten eingespart worden sind. Prämienrückzahlungen aufgrund des konkreten Rechnungsergebnisses sollen deshalb zulässig sein und zwar an alle Versicherten, unabhängig davon, ob diese während eines Jahres Leistungen beansprucht haben oder nicht.

Nach dem Konzept der Versorgungsmodelle sollten die Versicherten während einer möglichst langen Dauer im Rahmen eines solchen Modells betreut werden. Wird von den Versicherten aber verlangt, für eine bestimmte Mindestdauer einem Versorgungsmodell beizutreten, kann dies abschreckend wirken. Aus diesem Grund verzichtet die Arbeitsgruppe darauf, eine bestimmte Mindestdauer für die Teilnahme an Versorgungsmodellen vorzusehen. Dies soll zwischen den Vertragspartnern geregelt werden. Hingegen können Versicherte durch einen Treuebonus auf der Prämie belohnt werden, wenn sie einem Versorgungsmodell während längerer Zeit angehört haben. Auch diese Regelung soll der Vereinbarung mit den Versicherten überlassen bleiben.

Versicherte mit einem Anspruch auf Prämienverbilligungen durch den Kanton haben kein oder ein geringeres Interesse an der Wahl eines Versicherungsmodells mit einer Prämienreduktion gegenüber dem Grundmodell der OKP. Hier kann die Attraktivität erhöht werden, wenn die aus eigener Initiative erzielte Prämienreduktion zusätzlich zu den Beiträgen des Kantons den Versicherten in vollem Umfang erhalten bleibt. Aus diesem Grund sollen die Kantone verpflichtet werden die Prämienverbilligung immer auf der Prämie des Grundmodells der OKP zu berechnen (z.B. auf der Basis einer kantonalen Durchschnittsprämie). Diese Regelung muss konsequenterweise auch für die anderen Versicherungsformen mit Prämienreduktion gelten.

Die grössere Flexibilität in der Prämiengestaltung ist unter der Voraussetzung möglich, dass der Risikoausgleich für alle obligatorisch Versicherten in gleicher Weise gilt. Dieser bereits im heutigen Recht geltende Grundsatz muss deshalb erhalten bleiben. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe muss der Risikoausgleich noch verbessert werden. Dies wird die Attraktivität von Versorgungsmodellen bei den Versicherern erhöhen. (vgl. dazu Ziff. 5). Prämienunterschiede lassen sich dann nicht mehr im Ausmass wie heute durch Risikoselektion erzielen. Gleichzeitig wird dadurch auch verhindert, dass bestimmten Gruppen von Versicherten Prämienreduktionen gewährt werden, welche langfristig nicht durch entsprechende Kostenreduktionen gerechtfertigt sind.

4.4 Weitere Massnahmen zur Förderung von Managed Care

Neben dem Vorschlag, im Gesetz im Rahmen der OKP Merkmale für Versorgungsmodelle zu umschreiben und bei Vorliegen dieser Merkmale abweichende Regelungen von der Grundform der OKP zuzulassen, schlägt die Arbeitsgruppe noch eine Reihe von weiteren Massnahmen zur Förderung von Managed Care vor. Diese Vorschläge beziehen sich zum Teil auf das Krankenversicherungsgesetz, zum Teil aber auch auf andere Bereiche. Die Arbeitsgruppe schlägt vor:

- a. Die Versicherer können gestützt auf entsprechende Vereinbarungen mit Leistungserbringern den Versicherten einzelne Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität oder im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung anbieten (z.B. Disease Management für bestimmte Krankheiten, Anreize zur Wahl von Leistungserbringern mit speziellen Tarifverträgen etc.). Dabei kann die Aufsichtsbehörde (EDI) punktuelle Abweichungen von den ordentlichen Regeln der OKP, welche bei besonderen Versicherungsformen möglich sind, gestatten.
- b. Der Bund finanziert Grundlagenarbeiten für Versorgungsmodelle (z.B. Anerkennung von Zertifizierungsstellen, Konzepte für die Vergütung in Form einer Capitation, Erarbeitung von Behandlungsrichtlinien). Er unterstützt die Weiterbildung von Leistungserbringern im Bereich von Managed Care.
- c. Das BSV erstellt und publiziert eine Übersicht über die vorhandenen Versorgungsmodelle. Es sorgt für eine Evaluation der Versorgungsmodelle und publiziert die Ergebnisse.
- d. Es sind die Voraussetzungen zu schaffen, um in Taggeldversicherungen für Versicherte in Versorgungsmodellen eine spezielle (tiefere) Prämie festlegen zu können.
- e. Im Rahmen des Nationalfonds sind Forschungskredite für Managed Care vorzusehen.

4.4.1 Punktuelle Massnahmen im Bereich von Managed Care

Entspricht ein Modell nicht vollständig den Mindestvoraussetzungen des Versorgungsmodells im Sinne von Ziffer 4.2.2, ist dagegen nichts einzuwenden, wenn damit ebenfalls die Behandlungsqualität verbessert oder die Behandlungskosten gesenkt werden können. Zu denken ist beispielsweise an ein Disease Management für eine bestimmte Krankheit. Um hier die Entwicklung von neuen Ideen in den Beziehungen zwischen Versicherern, Leistungserbringern und Versicherten zu fördern, sollen auch für solche «unvollständige Managed Care Modelle» Abweichungen von den Regeln der Grundform der OKP möglich sein. Zum vorneherein sollen aber nur solche Abweichungen zulässig sein, welche auch im Versorgungsmodell möglich sind. Diese müssen im Einzelfall von der Aufsichtsbehörde (EDI) bewilligt und konkret bezeichnet werden (z.B. eine Senkung des Selbstbehaltes). Auszuschliessen sind aber Modelle, welche bloss durch Risikoselektion zu tieferen Kosten und damit zu tieferen Prämien führen (Prämiensparmodelle). Solche Modelle machen keinen Sinn und bringen dazu noch die Managed Care Modelle in Verruf, wenn sie unter dieser Bezeichnung angeboten werden.

4.4.2 Grundlagenarbeiten zur Förderung von Managed Care

Grundlagenarbeiten zur Förderung von Managed Care, wie die Erarbeitung von Behandlungsrichtlinien oder von Methoden zur Berechnung eines prospektiven Budgets, können nicht innerhalb der Versorgungsmodelle allein erbracht und finanziert werden. Hier müssen Mittel und Wege gefunden werden, um solche Grundlagenarbeiten breiter abstützen zu können. Diese Arbeiten sollen von unabhängigen Institutionen durchgeführt werden. Aus diesem Grund ist nach Auffassung der Arbeitsgruppe einer Finanzierung aus öffentlichen Mitteln gegenüber einer Finanzierung aus Prämieinnahmen der Versicherer der Vorzug zu geben.

4.4.3 Evaluation der Modelle

Die grosse Freiheit in der Ausgestaltung von Managed Care Modellen birgt die Gefahr, dass der Überblick über die vorhandenen Modelle verloren geht und man nicht weiss, welche Modelle sich besser bewähren als andere. Aus diesem Grund soll das BSV einerseits eine Liste der vorhandenen Modelle publizieren und andererseits auch dafür sorgen, dass diese Modelle evaluiert werden.

4.4.4 Einbezug der Taggeldversicherung

Eine effizientere Behandlung kann nicht nur zu tieferen Behandlungskosten führen, sondern auch die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit verkürzen. Auch die Taggeldversicherung ist daher an Managed Care Modellen interessiert und profitiert davon. Die Trennung von Krankenpflege- und Taggeldversicherung sowie der Umstand, dass die Taggeldversicherung bei Krankheit nicht obligatorisch ist, erschwert einen Einbezug der Taggeldversicherung in Managed Care Modelle. Dennoch sollte das Zusammenwirken dieser beiden Versicherungsarten gefördert werden.

4.4.5 Forschung

Nach Auffassung der Arbeitsgruppe ist die Forschung im Bereich der Behandlungsqualität und der Steuerung von Behandlungsprozessen stärker zu fördern. Rücken Managed Care Modelle stärker in das Blickfeld der Forschung, werden diese von einer breiteren Öffentlichkeit stärker wahrgenommen. Zudem kann gestützt auf Forschungsergebnisse auch besser als heute beurteilt werden, ob diese Modelle die in sie gesetzten Erwartungen auch tatsächlich erfüllen.

4.5 Beurteilung des Konzeptes

Das vorgeschlagene Konzept baut auf dem geltenden KVG auf, welches bereits Managed Care Modelle zulässt. Bei der Beurteilung des Konzepts stellt sich also nicht die Frage, welche Vor- und Nachteile Managed Care Modelle an sich aufweisen, sondern wie die Auswirkungen des vorgeschlagenen Konzeptes im Vergleich zum geltenden Recht zu beurteilen sind. Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob mit dem vorgeschlagenen Konzept Managed Care Modelle stärker als bisher gefördert werden und sich solche Modelle stärker verbreiten können. Die Beurteilung der Arbeitsgruppe lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Stärken

- Keine Beschränkung auf ein vorgegebenes Modell, Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Modellen
- Deutlichere Umschreibung der Merkmale von Managed Care Modellen
- Grosse Gestaltungsfreiheit
- Verstärkung der Anreize für Leistungserbringer
- Verstärkung der Anreize für Versicherer
- Verstärkung der Anreize für Versicherte, insbesondere für solche mit einem hohen Krankheitsrisiko
- Das Solidaritätsprinzip wird weiterhin beibehalten
- Begleitung und Steuerung der teuersten Krankheitsbilder

Schwächen

- Hohe Anforderung an die Information der Versicherten (Die Versicherten müssen sich über Managed Care und auch noch über die unterschiedlichen Modelle auf dem Markt informieren)

- Keine Gewähr für einen einheitlichen Qualitätsstandard (auch im konventionellen Modell nicht gegeben)
- Belastung im Koordinations- und Steuerbereich, administrative Lasten
- In Regionen ohne Versorgungsmodelle gilt für alle der höhere Selbstbehalt¹⁴

Chancen

- Mit den vorgeschlagenen Merkmalen werden echte Managed Care Modelle umschrieben und von Pseudomodellen abgegrenzt
- Vermehrte Möglichkeit zu Kosteneinsparungen, insbesondere bei Versicherten mit hohem Krankheitsrisiko
- Anreize für punktuelle Massnahmen neben umfassenden Versorgungsmodellen
- Offen für Anpassungen der Modelle gestützt auf gemachte Erfahrungen (lernendes System)
- Volkswirtschaftlicher Nutzen (durch Verminderung der Arbeitsausfälle)
- Beitrag zur Gesundheitsförderung durch vertiefte Information
- Bewussteres Handeln der Leistungsbezüger und Leistungserbringer (Effizienzsteigerung, langfristige Verhaltensänderung)
- Koordinierte, vereinheitlichte Behandlungspfade

Risiken

- Der Grundsatz der Freiwilligkeit bietet keine Garantie, dass solche Modelle tatsächlich auch geschaffen werden
- Die Ausarbeitung von konkreten Modellen erfordert zu hohe Aufwendungen, um Versicherer und Leistungserbringer dazu zu bewegen, solche Modelle zu entwickeln (wenn keine finanzielle Unterstützung für Grundlagenarbeiten erfolgt)
- Errichtung von Pseudomodellen aus PR-Gründen
- Der Erfolg stellt sich erst längerfristig ein, Versicherer und Leistungserbringer geben die Modelle wieder auf, wenn sich Erfolge nicht rasch einstellen
- Der Anreiz für die Leistungserbringer könnte geringer sein, wenn der Kontrahierungszwang in der OKP bestehen bleibt
- Risikoselektion ist für die Versicherer lohnender als die Investition in Managed Care Modelle, wenn der Risikoausgleich nicht verbessert wird
- Risikoselektionsanreiz durch Leistungserbringer (insbesondere mit Capitation Finanzierung, falls keine flankierenden Massnahmen zwischen Versicherer und Leistungserbringer vereinbart werden)
- Eine Fülle verschiedener Modelle erschwert die Transparenz für die Versicherten.

¹⁴ Vgl. dazu auch hinten Ziff. 5.3.

4.6 Auswirkungen auf Chronischkranke

Eine Behandlung im Rahmen von Managed Care Modellen ist vor allem für Chronischkranke eine grosse Chance, weil diese Modelle auf eine umfassende Betreuung angelegt sind. Wenn der Vorschlag der Arbeitsgruppe bezüglich eines tieferen Selbstbehaltes in Managed Care Modellen umgesetzt wird, hätte dies für Chronischkranke einen zweifachen Vorteil. Sie könnten für sich eine Erhöhung des Selbstbehaltes vermeiden, wenn sie ein solches Modell wählen, und sie hätten in einem solchen Modell dazu noch eine koordinierte und dadurch eine bessere Betreuung.

Ohne Verbesserungen beim Risikoausgleich besteht allerdings die Gefahr, dass die Modelle nicht auf Chronischkranke ausgerichtet werden, sondern dass reine Prämiensparmodelle für gute Risiken angeboten werden. Dies würde sich für Chronischkranke nachteilig auswirken, weil damit die Tendenz zu Prämienunterschieden aufgrund unterschiedlicher Krankheitsrisiken verstärkt würde.

4.7 Umsetzung in der Gesetzgebung

Die Vorschläge der Arbeitsgruppe bedürfen einer Gesetzesänderung (vgl. Anhang). Die Merkmale der Versorgungsmodelle sowie die Sonderbestimmungen, welche für diese Modelle gelten, sind im Gesetz zu erwähnen. Die konkrete Ausgestaltung der Modelle erfolgt einerseits in den Verträgen zwischen Versicherern und den Leistungserbringern und andererseits in den Bestimmungen der Versicherer über die Rechte und Pflichten der Versicherten in Versorgungsmodellen. Der Anhang zum vorliegenden Bericht enthält erste Formulierungsentwürfe für eine Gesetzesänderung, welche sich im wesentlichen an den Formulierungen in den Ziffern 4.2.2, 4.3.1 und 4.3.2 orientieren. Innerhalb dieser Rahmenbestimmungen sollen Versicherer und Leistungserbringer eine möglichst grosse Gestaltungsfreiheit haben.

Der Entscheid, ob solche Versorgungsmodelle tatsächlich angeboten werden und wie sie konkret ausgestaltet sind, liegt bei Versicherern und Leistungserbringern. Insofern besteht keine Garantie, dass diese Modelle tatsächlich in grösserem Umfang als heute angeboten werden. Wenn die Anreize aber wie vorgeschlagen verstärkt und die in Ziffer 6 erwähnten Rahmenbedingungen erfüllt werden, kann damit gerechnet werden, dass solche Modelle vermehrt angeboten und von den Versicherten auch benutzt werden.

4.8 Beurteilung des Konzeptes durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe

Das vorgeschlagene Konzept ist ein gemeinsamer Vorschlag der Arbeitsgruppe, der nach ausführlichen, oft auch kontrovers geführten Diskussionen zustande gekommen ist. Er hat in den meisten Bereichen die Zustimmung der gesamten Arbeitsgruppe gefunden. Wo abweichende Meinungen bestehen, wird darauf hingewiesen.

4.9 Persönliche Empfehlung des Experten

Der Kontext für die Beurteilung der Vorschläge

Die im vorliegenden Teilprojekt gemachten Vorschläge haben zum Ziel, Managed Care Modelle innerhalb des heutigen Systems der Krankenversicherung stärker zu fördern. Die Vorschläge sind deshalb im Kontext dieses Systems zu beurteilen.

Die obligatorische Krankenversicherung ist nicht nur ein Instrument, um der Bevölkerung den Zugang zu der medizinischen Versorgung, wie sie in unserem Land tatsächlich angeboten wird, zu garantieren. Gerade mit dem Erlass des KVG wurde auch das Ziel verfolgt, der Bevölkerung diesen Zugang zu tragbaren Kosten zu gewährleisten. Die Kosten der Krankenversicherung sind einerseits das Resultat aus der Definition der versicherten Leistungen. Sie ergeben sich aber auch aus den Preisen (Tarife) und der

Menge dieser Leistungen. Heute ist allgemein anerkannt, dass die traditionelle Einflussnahme auf die Tarife nicht mehr genügt. Über die Krankenversicherung soll deshalb auch Einfluss auf die Art und Weise der medizinischen Versorgung genommen werden. Dabei ist zu beachten, dass bei uns die Versicherung und das Gesundheitswesens getrennte Organisationen sind. Im Gegensatz zu Versorgungssystemen in Form eines Gesundheitsdienstes, kann deshalb die Krankenversicherung nur mittelbar Einfluss auf die Art und Weise der medizinischen Behandlung nehmen.

Das KVG baut auf der bisher bestehenden Organisation des Gesundheitswesens auf. Diese besteht aus einer Mischung von staatlichen und privaten Angeboten im stationären Bereich (öffentliche und private Spitäler) sowie einer ambulanten Versorgung, die in erster Linie auf privaten Leistungsanbietern beruht, wobei sowohl öffentliche wie private Spitäler solche Leistungen ebenfalls anbieten können (Polikliniken). Ausgehend davon setzt das KVG bei den Instrumenten zur Beeinflussung der Kosten auf eine Mischung von staatlichen Eingriffen und von Instrumenten des Wettbewerbes. Letztere sind mit dem KVG von 1994 verstärkt worden (Wettbewerb bei den Tarifvereinbarungen, volle Freizügigkeit der Versicherten bei der Wahl des Versicherers, Angebote von besonderen Versicherungsformen). Das KVG belässt aber den Leistungserbringern und den Versicherten grosse Freiheiten im Anbieten, im Erbringen sowie in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Die Eingriffsmöglichkeiten des Bundes sind überdies dadurch begrenzt, dass die Zuständigkeit im Gesundheitswesen, insbesondere für das Angebot von stationären Behandlungen, bei den Kantonen liegt. Innerhalb dieses Systems der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens sind Managed Care Modelle ein wichtiges, ja sogar ein unabdingbares Instrument für Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen.

Das Konzept von Managed Care

Die Grundidee von Managed Care Modellen liegt letztlich darin, anstelle von staatlichen Regelungen durch Wettbewerb und gestützt auf Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern, Versicherten und Versicherern eine hohe Behandlungsqualität und einen möglichst effizienten Einsatz der vorhandenen Ressourcen zu erreichen. Dies soll erreicht werden, indem die Behandlungsabläufe möglichst nach gemeinsamen Qualitätsvorgaben standardisiert und die Leistungserbringer in eine wirtschaftliche Mitverantwortung einbezogen werden. Im Gegensatz zu einem staatlichen Gesundheitsdienst erfolgt die Steuerung sozusagen von innen und nicht von oben. Die Leistungserbringer übernehmen hier eine stärkere Mitverantwortung sowohl für das qualitative Gesamtergebnis wie für die Kosten der Betreuung der Versicherten als in der Grundform der obligatorischen Krankenversicherung (OKP). Zudem ergibt sich auch die Chance, die Versicherten stärker in die Mitverantwortung einzubeziehen, indem sich diese aus eigenem Antrieb für ein solches Modell entscheiden. Damit können sie auch stärker dazu motiviert werden, bei der Steuerung des Behandlungsprozesses selber aktiv mitzuwirken.

Die Erwartungen in Managed Care Modelle sind sehr hoch. Man erhofft sich dabei vor allem eine kostengünstigere Versorgung der Versicherten. Dies ist allerdings eine einseitige Sicht der Dinge. Natürlich besteht in der Krankenversicherung ein Kostenproblem. Aber im Grunde genommen lautet die Frage eher, ob wir für die hohen Kosten auch eine Gegenleistung von entsprechender Qualität erhalten. Dieser Aspekt der Qualität sollte nicht unterschätzt werden. Es besteht durchaus die Bereitschaft, für eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung auch einen entsprechenden Preis zu bezahlen. Dies zeigt beispielsweise die immer noch relativ starke Verbreitung von Zusatzversicherungen für stationäre Behandlungen, mit welchen im Grunde nicht ein Anspruch auf zusätzliche Leistungen, sondern auf die Behandlung durch offensichtlich besonders qualifizierte Ärzte (Behandlung durch den Chefarzt persönlich) erworben wird.

Es wäre deshalb für Managed Care Modelle fatal, wenn sie allein mit dem Argument der kostengünstigeren Versorgung angeboten würden. Der Aspekt der Qualität der Versorgung darf nicht vernachlässigt werden. Es wird praktisch von niemandem bestritten, dass heute im Gesundheitswesen Ressourcen vergeudet werden (Stichwort unnötige Doppeluntersuchungen). Hier zeigt sich ein Nachteil unseres sehr freiheitlich organisierten Gesundheitswesens und der starken Zersplitterung des Angebotes. Es gibt keine durchgehende Koordination zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Es fehlen allgemein verwendete Standards bei der Umschreibung von Diagnosen. Behandlungsabläufe richten sich nicht

nach einheitlichen Standards. Es gibt kein System der Messung von Behandlungsergebnissen. Kontrahierungszwang und Einzelleistungsvergütung begünstigen im Grunde die Mittelmässigkeit. Hier besteht die grosse Chance für Managed Care Modelle, weil sie genau bei diesen Mängeln ansetzen. Sie müssen deshalb auch grossen Wert auf den Aspekt der Qualitätssicherung und der Verbesserung der Transparenz im Bereich der Qualität legen. Erwerben solche Modelle den Ruf einer hohen Behandlungsqualität, werden sie bei den Versicherten, aber auch bei den Leistungserbringern Erfolg haben.

Die Vorschläge der Arbeitsgruppe

Die Vorschläge der Arbeitsgruppe setzen bei allen Beteiligten auf den Grundsatz der Freiwilligkeit. Für die Versicherten stellen Managed Care Modelle wie im geltenden Recht eine Wahlmöglichkeit innerhalb der OKP dar. Die Leistungserbringer sind nicht verpflichtet, sich an solchen Modellen zu beteiligen. Aber auch die Versicherer müssen solche Modelle nicht anbieten. Letzteres steht zwar im Gegensatz zu den Anträgen des Bundesrates und den Beschlüssen des Parlamentes bei der 2. KVG-Teilrevision, ist aber innerhalb eines Krankenversicherungssystems, welches den Wettbewerb verstärken will, eine konsequente Lösung. Es ist nicht einzusehen, weshalb einseitig nur die Versicherer verpflichtet werden sollen, solche Modelle anzubieten, die Leistungserbringer aber (richtigerweise) frei bleiben, sich an solchen Modellen zu beteiligen. Selbst bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges werden diese pro forma Lösungen, die nicht richtig umgesetzt werden, begünstigt.

Die Arbeitsgruppe spricht zu Recht nicht mehr von Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie hebt mit ihrer Umschreibung des Versorgungsmodells die wesentlichen Merkmale von Managed Care Modellen hervor und sie setzt auch relativ hohe Anforderungen an solche Modelle, schreibt aber nicht ein bestimmtes Modell vor. Dies ist zu unterstützen, weil damit die künftige Entwicklung solcher Modelle nicht behindert wird. Auf dieser Linie liegt auch der Vorschlag, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, damit auch Einzelmassnahmen von Managed Care angeboten werden können, bei welchen nicht sämtliche Merkmale des Versorgungsmodells erfüllt sind.

In der Umschreibung der zulässigen Abweichungen von den Regeln der Grundform der OKP gehen die Vorschläge der Arbeitsgruppe weiter als das geltende Recht. Dies ist gerechtfertigt, weil auf der anderen Seite auch die Anforderungen an das Versorgungsmodell höher sind als an die heutige Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers. Zudem brauchen die Versicherer diese grössere Gestaltungsfreiheit, um die Anreize für solche Modelle zu verstärken. Zu Recht wird der Grundsatz nicht aufgegeben, dass die Risikogemeinschaft innerhalb eines Versicherers sämtliche Versicherten der OKP umfasst, einschliesslich der Versicherten in den besonderen Versicherungsformen.

Verstärkung der Anreize

Wird mit den Vorschlägen der Arbeitsgruppe das im Auftrag vorgegebene Ziel erreicht, die Rahmenbedingungen im KVG so zu verändern, dass Managed Care Modelle für alle Beteiligten (Versicherte, Leistungserbringer, Versicherer) attraktiver werden?

Für die Versicherten besteht nach geltendem Recht der Anreiz darin, dass die Prämie in solchen Modellen geringer ausfällt als im Grundmodell der OKP. Die Arbeitsgruppe will den finanziellen Anreiz in erster Linie in Form einer Reduktion des Selbstbehaltes setzen. Damit werden vor allem die Anreize für Chronischkranke erhöht. Dies ist sinnvoll, weil Kosteneinsparungen in erster Linie bei jenen Versicherten erzielt werden müssen, die hohe Kosten aufweisen. Die Möglichkeit zur Prämienverminderung bleibt bestehen. Allerdings muss man sich im klaren sein, dass hier der Spielraum kleiner wird, weil bereits die Reduktion des Selbstbehaltes zu einer Verminderung der Einnahmen führt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass künftig neben den zum voraus eingeräumten Prämienreduktionen auch nachträgliche Rückvergütungen auf der Grundlage der effektiv erzielten Einsparungen möglich sind.

Neu sollen auch Anreize im Bereich der Leistungen möglich werden. Der Spielraum bleibt zwar auch hier aus finanziellen Gründen eng. Aber bereits eine grössere Kulanz in Grenzfällen (Vergütung der Leistun-

gen des Fallmanagements, Vergütung von Beratungen für die Selbstbehandlung oder für die Unterstützungen durch Angehörige, Übernahme von Transportkosten bei Benützung eines Taxis und ähnliches) stellen wichtige Anreize dar. Wichtig ist auch, dass die speziellen Leistungen von Versorgungsmodellen (z.B. das Fallmanagement) eine klare gesetzliche Grundlage erhalten und somit auch als Leistung an die Versicherten gelten können.

Ein starkes Gewicht wird auf den Aspekt der Qualität zu legen sein. Dazu zählt zunächst die Betonung der ganzheitlichen Behandlung, die in solchen Modellen angeboten wird. Die Versicherten werden solche Modelle vermehrt wählen, wenn sie auch besser darüber informiert sind, was deren Zweck ist und wie diese funktionieren. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass diese Modelle ein klareres Profil erhalten als heute. Die Arbeitsgruppe hat es zwar abgelehnt, den Versorgungsmodellen spezielle Vereinbarungen zur Qualitätssicherung vorzuschreiben, weil diese Vorschrift ja generell gilt (Art. 58 KVG und Art. 77 KVV). Dennoch ist zu empfehlen, dass in solchen Modellen die Qualitätssicherung einen besonders hohen Stellenwert erhält und deshalb spezielle Vereinbarungen zur Qualitätssicherung abgeschlossen werden. Der Nachweis einer höheren Qualität kann für solche Modelle zum entscheidenden Anreiz werden.

Für die Leistungserbringer kennt das geltende Recht keine speziellen Anreize. Die Vorschläge der Arbeitsgruppe ändern an dieser Situation wenig. Bei den vorgeschlagenen Änderungen im Tarifrecht geht es mehr oder weniger um gewisse Klärungen in der Umschreibung von bereits heute grundsätzlich bestehenden Freiräumen. Es ist allerdings schwierig, für die Leistungserbringer die Attraktivität für Managed Care Modelle zu erhöhen, solange die Grundform der OKP für diese sehr attraktiv ist. Dies ist heute mit der Einzelleistungsvergütung, die an keine Begrenzung der Kosten und der Leistungsmenge gekoppelt ist, und mit dem Kontrahierungszwang zu Lasten der Versicherer eindeutig der Fall. Die Lösung müsste deshalb auch darin gesucht werden, die Attraktivität der Grundform der OKP für die Leistungserbringer zu vermindern. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs brächte diesbezüglich eine Änderung in der Ausgangslage bei den Tarifverhandlungen. Diese müssten die Versicherer dazu benützen, um das Gewicht in erster Linie auf die Massnahmen zur Qualitätssicherung zu legen und um bei fehlender Qualitätssicherung geringere Vergütungen auszurichten.

Erreichen die Versorgungsmodelle einen höheren Qualitätsstandard als die Grundform der OKP, werden die Modelle auch für die Leistungserbringer attraktiver. Dies gelingt letztlich aber nur, wenn über die gesamte medizinische Versorgung Qualitätsvergleiche angestellt werden. Die Versorgungsmodelle sollten hier als Pioniere wirken.

Für die Versicherer liegt der zentrale Anreiz darin, mit solchen Modellen ihren Versicherten eine medizinische Versorgung mit einem besseren Kosten-/Nutzenverhältnis anbieten zu können als in der Grundform der OKP. Dazu zählen Kosteneinsparungen, aber auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Mit einer Beteiligung an überzeugenden Versorgungsmodellen können die Versicherer aber auch den Ruf eines besonders innovativen Unternehmens erlangen. Dies kann ihre Attraktivität bei den Versicherten ebenso erhöhen wie eine günstigere Prämie.

Wichtig sind für die Versicherer auch die allgemeinen Rahmenbedingungen. Dazu zählt insbesondere, die Verbesserung des Risikoausgleichs. Solange sich für die Versicherer einfache Massnahmen zur Risikoselektion mehr lohnen als Investitionen zur Errichtung und Förderung von effizienten Managed Care Modellen, werden sie solche Modell nicht in grossem Stil fördern und mit Überzeugung umsetzen. Wird der Kontrahierungszwang beibehalten, werden echte Managed Care Modelle mit grosser Wahrscheinlichkeit auch in Zukunft eher ein Nischendasein führen.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass mit Massnahmen im Gesetz allein nicht garantiert werden kann, dass sich Managed Care Modelle stärker als heute verbreiten werden. Ein Konzept, das in erster Linie auf Freiwilligkeit baut, kann eine solche Garantie nie zum Vorneherein geben. Dagegen bieten Managed Care Modelle, die von den Betroffenen selber konzipiert sind und für welche sie sich aus eigenen Antrieb entschieden haben, die grössere Garantie, dass die darin vereinbarten Massnahmen auch eingehalten werden, als dies bei Regulierungen von aussen und von oben der Fall ist.

5 Verworfenne Modelle

5.1 Pflicht zum Beitritt zu Managed Care Modellen

Nach dem Projektauftrag ist im Teilprojekt «Managed Care» unter anderem auch abzuklären, ob der Beitritt von Versicherten zu Managed Care Modellen vorgeschrieben werden soll. Eine solche Verpflichtung ist in zwei Varianten denkbar.

In der ersten Variante wird die OKP generell als Managed Care Modell ausgestaltet und es gibt daneben kein anderes Modell der OKP mehr. In dieser Variante sind alle versicherungspflichtigen Personen dem Managed Care Modell unterstellt und alle zugelassenen Leistungserbringer sind im Rahmen und nach den Grundsätzen eines Managed Care Modelles tätig. Entweder würden regional tätige Managed Care Organisationen gebildet, welcher alle in diesem Gebiet zugelassenen Leistungserbringer und alle dort wohnhaften (und/oder arbeitstätigen?) Versicherten angehören. Oder es könnten regional mehrere Managed Care Organisationen tätig sein, wobei schliesslich jeder zugelassene Leistungserbringer mindestens einer dieser Organisationen angeschlossen sein müsste und die Versicherten eine dieser Organisationen zu wählen hätten.

In der zweiten Variante müsste jeder Versicherer flächendeckend Managed Care Modelle anbieten und bestimmte Kategorien von Versicherten wären verpflichtet, einem dieser Modell beizutreten. In Frage käme beispielsweise eine Pflicht für Versicherte mit einem Anspruch auf Prämienverbilligung, Versicherte mit einem hohen Krankheitsrisiko oder Versicherte bis zu einem oder ab einem bestimmten Alter (Kinder, Betagte).

Managed Care Modelle stehen heute in Konkurrenz zur Grundform der OKP. Sie verlangen sowohl von den Leistungserbringern wie von den Versicherten einen bewussten Entscheid für diese Art der Behandlung. Von den Leistungserbringern wird eine enge Zusammenarbeit verlangt. In den bestehenden Modellen wird diese Zusammenarbeit sehr oft durch einen Erfahrungsaustausch in Qualitätszirkeln unterstützt. Dies funktioniert nur, wenn unter den beteiligten Leistungserbringern ein Vertrauensverhältnis besteht.

Würden nun sämtliche Leistungserbringer in ein solches Modell hinein verpflichtet, wäre dies keine Grundlage für eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Müssen sämtliche Tarifverträge auf der Basis der Grundsätze von Managed Care abgeschlossen werden und bleibt der Kontrahierungszwang für die Versicherer bestehen, muss zudem damit gerechnet werden, dass die Grundsätze von Managed Care in den Verträgen schliesslich sehr stark aufgeweicht werden und Gebilde entstehen, die nur pro forma nach diesen Grundsätzen funktionieren. Bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges würde sich die Situation für die Versicherer zwar etwas verbessern. Diese blieben aber weiterhin verpflichtet, mit einer genügenden Anzahl von Leistungserbringern Verträge für die Behandlung ihrer Versicherten abzuschliessen, welche alle den Grundsätzen eines Managed Care Modelles entsprechen müssten. Auch hier müsste spätestens beim Vollzug mit einer Aufweichung dieser Grundsätze gerechnet werden, wenn nicht eine genügende Zahl von Leistungserbringern gefunden wird, welche bereit sind, auch tatsächlich nach diesen Grundsätzen tätig zu sein.

Die in der zweiten Variante vorgesehene Pflicht für bestimmte Kategorien von Versicherten, einem Managed Care Modell beizutreten, widerspricht dem Erfordernis, dass auch der Versicherte bereit sein muss, sich bei einer Behandlung nach den Grundsätzen von Managed Care steuern zulassen. Wird ihm diese Verpflichtung aufgezwungen und trifft er dann überdies noch auf einen Leistungserbringer, der ebenfalls nur deshalb bei einem solchen Modell mitmacht, weil er die betreffende Kategorie von Versicherten nicht verlieren will, wird die angestrebte ganzheitliche Behandlung und Steuerung kaum mehr funktionieren, sondern es werden sowohl von den Leistungserbringern wie von den Versicherten Strategien entwickelt, wie man diese Grundsätze umgehen kann. Eine Verpflichtung zur «Wahl» von Managed Care Modellen, die sich lediglich auf bestimmte Kategorien von Versicherten bezieht, wirkt zudem diskriminierend. Sie drückt diesen Modellen auch einen negativen Stempel auf («Zweiklassenmedizin»).

Letztlich widerspricht jede Verpflichtung zum Mitmachen in Managed Care Modellen dem Grundgedanken solcher Modelle. Sie bringt die Managed Care Modelle in Verruf.

Würde man hingegen zur Auffassung gelangen, dass das Gesundheitswesen nur noch nach Grundsätzen von Managed Care funktionieren soll, dann wäre die Einführung eines staatlichen Gesundheitsdienstes die adäquate Massnahme. Damit würde aber die heutige Krankenversicherung durch ein völlig neues System ersetzt, was nicht mehr dem Auftrag an die Arbeitsgruppe, Vorschläge für eine Teilrevision des KVG auszuarbeiten, entsprechen würde.

5.2 Managed Care Modell als Grundform der OKP

Denkbar wäre, die Betreuung in einem Managed Care Modell zur Grundform der OKP zu erklären und den Versicherten das Recht einzuräumen, anstelle dieser Grundform ein alternatives Modell zu wählen, welches der heutigen Grundform der OKP entspricht (direkter Zugang der Versicherten zu jedem Leistungserbringer ohne eine Steuerung nach Managed Care Grundsätzen). In diesem Konzept wird also das heutige System von Grundform und besonderem Versicherungsmodell auf den Kopf gestellt.

Damit würde ein deutliches Signal zugunsten von Managed Care Modellen gesetzt. Allerdings würde dies bedeuten, dass der Gesetzgeber nicht nur, wie in Ziffer 4.2.2 vorgeschlagen, einige wichtige Merkmale dieser Grundform der OKP nennen könnte. Das Modell müsste im Gesetz präziser umschrieben und stärker reglementiert werden. Insbesondere müssten Regeln aufgestellt werden für den Fall, dass sich Versicherer und Leistungserbringer nicht auf das Modell einigen können. In einem solchen Fall müsste eine Behörde (analog Art. 47 Abs. 1 und 53 KVG die Kantonsregierung und anschliessend der Bundesrat) das Modell konzipieren. Diese behördlichen Modelle würden wahrscheinlich rasch zum Standard für Managed Care Modelle und sich kaum mehr weiter entwickeln.

Der im Konzept der Arbeitsgruppe verfolgte Grundsatz, den Vertragspartnern bei der konkreten Ausgestaltung von Managed Care Modellen eine möglichst grosse Gestaltungsfreiheit einzuräumen und verschiedene Modelle zuzulassen, welche im Laufe der Zeit, gestützt auf inzwischen gemachte Erfahrungen laufend angepasst werden können, würde aufgegeben. Eine Umkehrung des heutigen Systems von Grundform und «Wahlformen» der OKP würde faktisch zu einer Einheitsform eines Managed Care Systems der OKP führen. Die Arbeitsgruppe lehnt deshalb diese Umkehrung des heutigen Systems ab.

5.3 Verpflichtung der Versicherer zum Angebot von Managed Care Modellen

In der zweiten Teilrevision des KVG hat der Bundesrat beantragt, dass jeder Versicherer flächendeckend mindestens eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anzubieten habe. Ziel dieser Massnahme ist die Förderung von Managed Care Modellen (vgl. den Antrag zu Art. 13 Abs. 2 lit. f KVG). Das wesentliche Merkmal von Managed Care Modellen ist indessen nicht die eingeschränkte Wahl von Leistungserbringern, sondern die Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko der Patienten und die Vernetzung von Behandlungseinrichtungen (vgl. vorne Ziff. 4.1). Das Parlament hat nun diese Merkmale übernommen, indem es die Versicherer verpflichtet, Modelle anzubieten, in welchen die Leistungserbringer eine Budgetverantwortung übernehmen, und indem es diese Modelle als Netzwerke bezeichnet (vgl. Art. 13 Abs. 2 lit. f und Art. 35 Abs. 1 bis KVG nach dem Beschluss des Ständerates). Bezüglich der wesentlichen Merkmale von Managed Care Modellen entsprechen die aktuellen Tendenzen in der Gesetzgebung also den in diesem Bericht vertretenen Auffassungen.

Nach Auffassung der Arbeitsgruppe wird hingegen eine einseitige Verpflichtung der Versicherer zum Angebot von Managed Care Modellen nicht zum gewünschten Resultat führen. Sind nur die Versicherer, nicht aber die Leistungserbringer verpflichtet, zu Vereinbarungen über die Errichtung von Managed Care Modellen zu gelangen, erwächst den Versicherern ein Nachteil bei den Vertragsverhandlungen. Sie müssen ein Resultat erreichen, die Gegenseite indessen nicht. Dies gilt auf jeden Fall, wenn die

Versicherer weiterhin verpflichtet sind, mit jedem Leistungserbringer einen Tarifvertrag abzuschliessen (Kontrahierungszwang). Diese Ausgangslage bietet keine Garantie, dass tatsächlich flächendeckend Managed Care Modelle eingeführt werden, die diese Bezeichnung auch verdienen. Ähnlich wie im Konzept, die Versicherten zum Beitritt zu Managed Care Modellen zu verpflichten (Ziff. 5.1), würden auch bei einer einseitigen Verpflichtung der Versicherer zahlreiche Pseudomodelle entstehen. Die Arbeitsgruppe setzt auch bei den Versicherern nicht auf gesetzliche Verpflichtungen zur Förderung von Managed Care Modellen, sondern sie erachtet ganz generell den Grundsatz der Freiwilligkeit verbunden mit einer Verstärkung von Anreizen als das geeigneteres Mittel, um Managed Care Modelle zu fördern.

Aus diesem Grund lehnt die Arbeitsgruppe auch die im Zusammenhang mit dem Teilprojekt «Kontrahierungszwang» vorgeschlagenen Modelle ab, wonach in der obligatorischen Krankenversicherung der Kontrahierungszwang beibehalten wird, die Versicherer aber verpflichtet werden, zusätzlich eine Versicherungsform ohne Kontrahierungszwang anzubieten, in welcher die Leistungserbringer vernetzt zusammenarbeiten müssen, bzw. erhöhten Anforderungen an Qualität und Kosteneffizienz genügen müssen. Haben die Leistungserbringer einen Rechtsanspruch, mit den Versicherern einen Tarifvertrag abzuschliessen, in welchem die Grundsätze der Vernetzung bzw. der erhöhten Qualität und Kosteneffizienz nicht erfüllt sein müssen, ist nicht damit zu rechnen, dass flächendeckend im ganzen Land Vereinbarungen über echte Managed Care Modelle zustande kommen.

Nach den Beschlüssen des Ständerates wird nun in der zweiten Teilrevision des KVG die Verpflichtung der Versicherer zum Anbieten von Managed Care Modellen mit einer grundsätzlichen Aufhebung des Kontrahierungszwanges kombiniert. Gleichzeitig ist vorgesehen, dass die Versicherer beim Abschluss von Verträgen jene Leistungserbringer bevorzugen sollen, welche in Netzwerken mit einer Budgetverantwortung tätig sind. Dies ändert zwar die Ausgangslage bei Vertragsverhandlungen etwas zugunsten der Versicherer, allerdings erst nach einer Übergangsfrist von vier bis sechs Jahren. Grundsätzlich bleibt es aber weiterhin so, dass nur die Versicherer verpflichtet sind, Leistungserbringer für eine Beteiligung an Managed Care Modellen zu finden, während für die Leistungserbringer gestützt auf die Bedarfsplanung des Kantons immer noch eine grosse Chance für eine Beteiligung am «traditionellen» Tarifvertrag besteht.

Letztlich können aber keine sicheren Aussagen über die Auswirkungen einer einseitigen Verpflichtung der Versicherer zu einem flächendeckenden Angebot von Managed Care Modellen gemacht werden. Tritt die zweite Teilrevision des KVG wie oben beschrieben in Kraft, wird man gestützt auf eine Evaluation der Modelle (vgl. Ziff. 4.4.3) die Auswirkungen feststellen und gestützt darauf die nötigen Schlüsse ziehen können. Hier zeigt sich übrigens auch das Bedürfnis nach einer prospektiven Gesetzesevaluation (vgl. Ziff. 6.3).

Die Beschlüsse des Ständerates erhellen noch eine weitere Problematik. In bestimmten Gebieten soll der Bundesrat die Versicherer von der Pflicht zum Angebot von Managed Care Modelle befreien können. Man denkt dabei an ländliche Gebiete mit einer geringen Versorgungsdichte und einer geringen Zahl von Spezialärzten. In solchen Gebieten sind die Ärzte noch weitgehend als Haus- oder Familienärzte tätig, so dass die Verpflichtung zur Errichtung von Netzwerken mit einer Budgetverantwortung nicht als nötig erachtet wird. Besteht diese Verpflichtung in einem bestimmten Gebiet nicht, soll für alle Versicherten die tiefere Kostenbeteiligung zur Anwendung gelangen. Macht also der Bundesrat von dieser Ausnahmeklausel Gebrauch, legt er für die betreffenden Gebiete faktisch auch einen tieferen Selbstbehalt fest. In der Arbeitsgruppe ist die Frage aufgetaucht, ob dieser Grundsatz übernommen werden soll, indem dort, wo die Versicherer keine Versorgungsmodelle anbieten, ebenfalls der tiefere Selbstbehalt zur Anwendung gelangen soll. Die Arbeitsgruppe ist mehrheitlich der Meinung, dass eine solche Verbindung zwischen dem Angebot von Versorgungsmodellen und der Höhe des Selbstbehaltes nicht gemacht werden soll, weil sonst die Versicherer mit dem Angebot eines Versorgungsmodells für das betreffende Gebiet faktisch den Selbstbehalt erhöhen, was wahrscheinlich von den Versicherten nicht verstanden würde.

6 Rahmenbedingungen

6.1 Zusammenwirken mit den anderen Teilprojekten

6.1.1 Teilprojekt Kostenbeteiligung

Mit diesem Teilprojekt ist der Bedarf nach einem Zusammenwirken gross. Die Einführung eines geringeren Selbstbehaltes bei Managed Care Modellen im Vergleich zur Grundform der OKP soll nach Auffassung der Arbeitsgruppe den zentralen Anreiz für die Versicherten bilden, um sich für ein solches Modell zu entscheiden. Weil auch in Managed Care Modellen der Selbstbehalt nicht vollständig und ausnahmslos aufgehoben werden soll, kann die vorgeschlagene Differenzierung beim Selbstbehalt nur erreicht werden, wenn in der Grundform der OKP der Selbstbehalt deutlich erhöht wird. Die Arbeitsgruppe unterstützt deshalb für die Grundform der OKP eine Erhöhung des Selbstbehaltes.

Hingegen würde eine Erhöhung der Franchise anstelle der Erhöhung des Selbstbehaltes, beziehungsweise ein Unterschied bei der Franchise zwischen Grundform der OKP und Managed Care Modellen nicht die richtigen Anreize setzen. Eine Differenz beim Selbstbehalt ist vor allem für Chronischkranke attraktiver als bei der Jahresfranchise. Ebenfalls nicht den gewünschten Effekt zur Förderung von Managed Care Modellen hätte eine nach dem Einkommen und Vermögen der Versicherten abgestufte Erhöhung der Kostenbeteiligung. Managed Care Modelle sollen nämlich für alle Versicherten, unabhängig von ihrem Einkommen und Vermögen attraktiver werden.

Die Frage, wie sich Änderungen bei der heutigen Regelung der Kostenbeteiligung und Anreize zugunsten von Managed Care Modellen durch tiefere Kostenbeteiligungen faktisch auswirken werden, sollte ebenfalls Gegenstand einer Evaluation solcher Modelle sein.

6.1.2 Teilprojekt Kontrahierungszwang

Grundsätzlich ist man sich in der Arbeitsgruppe einig, dass mit einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges die Errichtung von Managed Care Modellen gefördert würde. Die Versicherer könnten in den Vertragsverhandlungen das Gewicht auf solche Modelle legen und in erster Linie Leistungserbringer berücksichtigen, welche bereit sind, im Rahmen von Managed Care Modellen tätig zu sein. Auf der anderen Seite hätten Leistungserbringer, die sich zu Managed Care Modellen zusammenschliessen, in den Vertragsverhandlungen ein grösseres Gewicht.

Braucht es also eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges, damit sich Managed Care Modelle in grossem Ausmass durchsetzen können? Diese Frage wird innerhalb der Arbeitsgruppe, insbesondere von der Ärzteschaft und den Versicherern, unterschiedlich beantwortet.

Für die Ärzte ist nicht die Aufhebung des Kontrahierungszwanges, sondern das Verhalten der Versicherten entscheidend, damit sich Managed Care Modelle breit durchsetzen. Werden solche Modelle von den Versicherten verlangt und wählen diese in grossem Ausmass solche Modelle, dann werden auch die Leistungserbringer bereit sein müssen, in solchen Modellen mitzuwirken. Es gibt bereits heute gute Beispiele von Managed Care Modellen, was zeigt, dass es die Aufhebung des Kontrahierungszwanges gar nicht braucht.

Für die Versicherer zeigen gerade die bisherigen Erfahrungen, dass Managed Care Modelle Nischenprodukte bleiben, solange der Kontrahierungszwang besteht. Haben die Leistungserbringer den Rechtsanspruch auf Abschluss eines «traditionellen» Tarifvertrages, besteht für sie zu wenig Druck, um sich an einem Managed Care Modell zu beteiligen.

6.1.3 Teilprojekt Spitalfinanzierung

Der Zusammenhang mit diesem Teilprojekt ist gross. Wie bereits erwähnt (vgl. Ziff. 4.3.1), benachteiligt nämlich die heutige Art der Spitalfinanzierung Managed Care Modelle, weil sich Kosteneinsparungen für

stationäre Behandlungen nur mit Bezug auf die Tarife der Krankenversicherung auswirken. Diese Tarife entsprechen aber nicht den vollen Kosten einer stationären Behandlung.

Wenn bei einer monistischen Spitalfinanzierung ausschliesslich die Versicherer für die Kosten von ambulanten und von stationären Behandlungen aufkommen müssen und sich eine Mitfinanzierung der Kantone nicht mehr speziell auf bestimmte Behandlungen bezieht, sondern nach anderen Kriterien erfolgt (z.B. in Form eines Hochrisikopools), dann ist auch die Benachteiligung von Managed Care Modellen ausgeschaltet. Ein Hochrisikopool würde den Bedürfnissen von Managed Care Modellen sogar noch entgegenkommen. Grundsätzlich sind in solchen Modellen nämlich prospektive Budgets für ein bestimmtes Patientenkollektiv anzustreben. Bei den relativ kleinen Versichertenbeständen von Managed Care Modellen müssten die verbindlichen Budgets ebenfalls durch eine Rückversicherung für grosse Risiken abgedeckt werden. Wenn bereits ein Hochrisikopool besteht, ist eine Rückversicherung unter Umständen nicht mehr nötig.

Bei einer Revision der Spitalfinanzierung, wie sie in der zur Zeit im Parlament hängigen Revisionsvorlage vorgeschlagen wird, bleibt die Benachteiligung von Managed Care Modellen grundsätzlich bestehen, weil bei einer Vermeidung von stationären Behandlungen die Kosteneinsparung nur auf der Hälfte des anwendbaren Tarifes, nämlich nur auf dem Anteil der Krankenversicherung und nicht auf an dem Anteil der Kantone erfolgt. Das Problem kann aber hier relativ einfach behoben werden, wenn eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen wird, wonach sich die Kantone an der Finanzierung einer Capitation ebenfalls beteiligen und sich so von einer Mitfinanzierung im konkreten Leistungsfall befreien können (vgl. Ziff. 4.3.1, Buchstabe g).

6.2 Unterstützende Massnahme – Risikoausgleich

Die Arbeitsgruppe hat festgestellt, dass eine Verbesserung des Risikoausgleichs eine wichtige Voraussetzung ist, damit sich Managed Care Modelle stärker als heute durchsetzen können. Ein Risikoausgleich, welcher lediglich die Risikofaktoren Alter und Geschlecht berücksichtigt, ist unvollständig. Auch Versicherte mit einem hohen Alter können ein geringes und Versicherte mit einem tiefen Alter ein hohes Krankheitsrisiko aufweisen.

Die Mängel im Risikoausgleich wirken sich in zweifacher Hinsicht zum Nachteil von Managed Care Modellen aus. Zum einen ist es für die Versicherer kurzfristig betrachtet immer noch lohnender, die eigenen Kosten durch Risikoselektion bei der Akquisition von Versicherten zu senken als durch die Investition von Ressourcen in die Entwicklung und Förderung von Managed Care Modellen. Zum anderen würde ein Versicherer sich selber mehr schaden als nützen, wenn er heute ein Managed Care Modell anbieten und fördern würde, welches speziell auf die Bedürfnisse von Versicherten mit einem hohen Krankheitsrisiko ausgerichtet ist. Die Kostenunterschiede innerhalb einer Altersgruppe sind so hoch, dass selbst bei grossen Kosteneinsparungen in einem Modell, welches hauptsächlich aus Versicherten mit überdurchschnittlich hohen Krankheitskosten zusammengesetzt ist, die resultierenden Kosten immer noch höher liegen als in einem durchschnittlichen Versichertenkollektiv. Das grundsätzliche Interesse der Versicherer, Managed Care Modelle vor allem für Versicherte mit einem hohen Krankheitsrisiko attraktiv zu gestalten, wird heute deshalb von der Befürchtung durchkreuzt, dass solche Modelle für schlechte Risiken so attraktiv werden, dass diese auch den Versicherer wechseln und sich so die gesamte Risikostruktur des Versicherers verschlechtert.

Auf diese Mängel des Risikoausgleiches und deren Auswirkungen auf Managed Care Modelle ist bereits in den Arbeiten im Zusammenhang mit der Wirkungsanalyse zum KVG hingewiesen worden¹⁵. Zudem gibt es bereits statistische Untersuchungen, die sich speziell mit der Frage der Auswirkungen

15 Spycher, Stefan – Büro BASS (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 1/99, Bern; S. 215ff.

Spycher, Stefan – Büro BASS (2000): Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 3/00, Bern; S. 57

BSV (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz; Synthesebericht; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 16/01, Bern; S. 95, 103

auf Hausarztmodelle beziehen¹⁶. Auch in anderen Staaten wird auf diese Problematik hingewiesen¹⁷. Alle diese Untersuchungen kommen zum Schluss, dass der Risikoausgleich verbessert werden muss, wenn man Managed Care Modelle tatsächlich fördern will. Die Arbeitsgruppe schliesst sich diesen Schlussfolgerungen an.

Die Arbeitsgruppe erachtet es indessen nicht als ihre Aufgabe, konkrete Vorschläge für eine Verbesserung des Risikoausgleichs auszuarbeiten zumal im Rahmen des Gesamtprojektes offenbar bereits entsprechende Aufträge an Dritte erteilt worden sind.

Hingegen legt die Arbeitsgruppe grosses Gewicht darauf, dass die Verbesserung des Risikoausgleichs gleichzeitig mit den Massnahmen zur Förderung von Managed Care Modellen eingeführt wird. Ist dies nämlich nicht der Fall, besteht die Gefahr, dass die Massnahmen ihr Ziel nicht erreichen.

6.3 Abschätzen der Auswirkungen

Die Arbeitsgruppe hat den Auftrag, Vorschläge zu unterbreiten, damit Managed Care Modelle für die Versicherten, die Leistungserbringer und die Versicherer attraktiver werden. Lässt sich dieses Ziel mit den unterbreiteten Vorschläge erreichen?

Diese Frage kann nach Auffassung der Arbeitsgruppe nicht definitiv beantwortet werden. Der Grund dafür liegt darin, dass sehr wenig darüber bekannt ist, wie die verschiedenen Akteure auf Änderungen der Rahmenbedingungen in der Krankenversicherung reagieren. Es kann zwar davon ausgegangen werden, dass alle Beteiligten auf finanzielle Anreize reagieren. Aber bereits zur Frage, ob eine Senkung des Selbstbehaltes ausreicht, damit die Versicherten ein Managed Care Modell wählen, oder ob dafür noch zusätzlich eine Senkung der Prämie nötig ist, gibt es keine gesicherten Erkenntnisse. Ebenso gilt dies für die Frage, ob die Steuerung der Behandlung von den Versicherten als willkommene Dienstleistung wahrgenommen wird oder als Einschränkung von heute bestehenden Wahlfreiheiten. Wenig bekannt ist auch, welche Anreize für Leistungserbringer wichtig sind, damit sich diese an Managed Care Modellen beteiligen. Wächst ihre Bereitschaft zur Beteiligung an solchen Modellen, wenn diese von den Versicherten vermehrt gewählt werden oder hat eine solche Bewegung eher zur Folge, dass die Leistungserbringer die Versicherten vermehrt von den Vorteilen der traditionellen Versorgungsformen zu überzeugen versuchen? Dominieren bei den Leistungserbringern die finanziellen Anreize oder lassen sie sich auch mit anderen Anreizen gewinnen (Erfahrungsaustausch, Qualitätssicherung, Abbau der Konfrontation mit den Versicherern)?

Aus diesem Gründen ist es zunächst wichtig, dass die gesetzlichen Regelungen erlauben, auf Erfahrungen und Verhaltensweisen rasch und flexibel reagieren zu können. Zudem sollten die Verhaltensweisen und Motive der Beteiligten durch Befragungen und durch die Evaluation bestehender Modelle besser abgeklärt werden.

Im weiteren zeigt sich hier die Bedeutung der prospektiven Gesetzesevaluation. Auf dieses Anliegen hat bereits die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates in ihrem Bericht über die Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes vom 5. April 2002 hingewiesen. Sie empfiehlt «neben den nachträglichen Wirkungsabklärungen den vermehrten Einsatz von prospektiven Evaluationen bei der Vorbereitung komplexer Reformvorhaben im KVG-Bereich»¹⁸. Die offenen Fragen über die Auswirkungen der vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung von Managed Care Modellen zeigen, dass die in den letzten Jahren entwickelte Methodik der prospektiven Gesetzesevaluation¹⁹ tatsächlich vermehrt beachtet werden müsste.

16 Beck Konstantin, Keller Bernhard (1998): Risikoselektion in Hausarztmodellen: Ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur», Managed Care Nr. 4, S. 30–33
17 Jahresgutachten 2002/2003 des Sachverständigenrates (in Deutschland) zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: «20 Punkte für Beschäftigung und Wachstum», S. 445 (Das ausführliche Gutachten ist über die Internetseite des Rates http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/kostenlos_erhaeltlich).

18 Vgl. Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 5. April 2002, BBI 2003, S. 354.

19 Vgl. Kettiger, Daniel, Gesetzescontrolling. Ansätze zur nachhaltigen Pflege von Gesetzen; Bern 2000 Haupt.

Anhang

Vorschläge zur Revision des KVG

Art. 41 Abs. 4
streichen

4a. Abschnitt: Besondere Formen der medizinischen Versorgung (neu)

Art. 53a Versorgungsmodell (neu)

¹ Die Versicherer können mit Leistungserbringern einen Tarifvertrag abschliessen, in welchem sich die Leistungserbringer verpflichten, für eine Versichertengruppe sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu steuern und zu koordinieren (Versorgungsmodell). Der Tarifvertrag regelt sämtliche Fragen der Zusammenarbeit und des Informationsaustausches zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Rahmen des Versorgungsmodells. Die Leistungserbringer übernehmen im Tarifvertrag für sämtliche Leistungen, die an die Versicherten im Versorgungsmodell erbracht werden, eine Budgetverantwortung.

² Die Leistungserbringer schliessen eine Vereinbarung über ihre Zusammenarbeit innerhalb des Versorgungsmodells ab. Sie regeln darin insbesondere den gegenseitigen Austausch von Informationen zur Koordination und Steuerung der Leistungen, die Beachtung von Behandlungsstandards sowie die Beteiligung der einzelnen Leistungserbringer an der Budgetverantwortung. Die Leistungserbringer können sich an einer juristischen Person mit dem ausschliesslichen Zweck der Durchführung des Versorgungsmodells beteiligen und dieser den Abschluss des Tarifvertrages überlassen.

³ Die Versicherten können mit ihrem Versicherer vereinbaren, dass sie für eine bestimmte Dauer die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen und nach den Regeln des Versorgungsmodells beanspruchen. Die Vereinbarung kann das Wahlrecht der Versicherten auf bestimmte Leistungserbringer einschränken. Das Versorgungsmodell muss den Anspruch auf die gesetzlichen Pflichtleistungen in jedem Fall garantieren. Es kann zusätzliche Leistungen vorsehen.

⁴ Die Leistungserbringer können für die Vergütung von Leistungen, die nicht innerhalb des Versorgungsmodells erbracht werden, Verträge mit anderen Leistungserbringern abschliessen. Die Verträge können weitere Bestimmungen über die Zusammenarbeit enthalten, insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung und des Austausches von Behandlungsdaten. Sie ersetzen für die entsprechenden Leistungen die Tarifverträge mit den Versicherern.

Art. 53b Besondere Bestimmungen für Versorgungsmodelle (neu)

¹ Soweit dieses Gesetz keine Ausnahme vorsieht gelten für die Versorgungsmodelle die Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unverändert.

² Sehen die Tarifverträge im Sinne von Artikel 53a Absatz 1 eine Vergütung nach Einzelleistungstarifen vor, kann von der gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur abgewichen werden. Die Tarifverträge können spezielle Vereinbarungen über die Qualitätssicherung enthalten. Die Versorgungsmodelle legen die von ihnen angewendeten Massnahmen zur Qualitätssicherung offen.

³ Sehen die Tarifverträge im Sinne von Artikel 53a Absatz 1 eine Vergütung in Form einer Versichertenpauschale vor, welche auch die Vergütung der stationären Behandlung einschliesst, kann sich der je-

weilige Wohnkanton der im Versicherungsmodell versicherten Personen an der Versichertenpauschale beteiligen. Er ist damit von seiner Vergütungspflicht im Sinne von Artikel 49 Absatz 3²⁰ befreit

Mögliche Ergänzung von Abs. 3: Beteiligt sich der Wohnkanton nicht an der Versichertenpauschale, entrichtet er bei einer stationären Behandlung seine nach Artikel 49 Absatz 3 geschuldete Vergütung an das Versorgungsmodell.²¹

⁴ Die Tarifverträge im Sinne von Artikel 53a Absatz 1 und die Verträge im Sinne von Artikel 53a Absätze 2 und 4 bedürfen keiner Genehmigung durch die Kantonsregierung oder durch den Bundesrat. Die Versicherer und Leistungserbringer sind nicht verpflichtet, anderen Versicherern oder Leistungserbringern ein Recht auf Beitritt zu den Verträgen einzuräumen oder mit anderen Versicherern oder Leistungserbringern Verträge mit gleichen oder ähnlichen Bedingungen abzuschliessen.

⁵ Halten sich die Versicherten nicht an die vereinbarten Regeln über den Bezug der Leistungen im Rahmen des Versorgungsmodells, entzieht Ihnen der Versicherer je nach der Schwere des Verstosses ganz oder teilweise die Vergünstigungen bei den Leistungen, der Kostenbeteiligung oder den Prämien. Bei andauernden Verstössen können die Versicherten aus dem Versorgungsmodell ausgeschlossen werden.

Art. 53c Besondere Massnahmen der medizinischen Versorgung (neu)

¹ Die Versicherer können den Versicherten gestützt auf entsprechende Vereinbarungen mit Leistungserbringern bestimmte Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität oder für eine kostengünstigere Versorgung anbieten.

² Das Departement kann den Versicherten im Rahmen solcher Massnahmen bestimmte Abweichungen von jenen Bestimmungen des Gesetzes bewilligen, welche für besondere Versicherungsformen zulässig sind. Es kann die Bewilligung befristen und eine Verlängerung der Bewilligung vom Nachweis einer Verbesserung der Behandlungsqualität oder der kostengünstigeren Versorgung abhängig machen.

Art. 57 Abs. 9 (neu)

⁹ Die Versicherer können für Versorgungsmodelle nach Artikel 53a die Aufgaben und Zuständigkeiten der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen den Leistungserbringern des Versorgungsmodells übertragen.

Art. 62 Abs. 1 und Abs. 2bis

¹ Der Versicherer kann für Versorgungsmodelle nach Artikel 53a die Prämien vermindern und auf kantonale oder regionale Prämienabstufungen verzichten oder diese speziell festlegen. Er kann gestützt auf das Rechnungsergebnis eines Versorgungsmodells eine nachträgliche Rückvergütung auf den bezahlten Prämien gewähren. Die Prämien und die Rückvergütung können nach der Versicherungsdauer im Versorgungsmodell abgestuft werden.

Art. 64 Abs. 2, 3 und 6 Bst. c

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:
a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und

²⁰ Der Hinweis bezieht sich auf die Fassung des KVG nach dem Entwurf zur 2. KVG-Teilrevision nach dem Beschluss des Ständerates vom 20.3.03.

²¹ Ob diese Ergänzung praktikabel ist, steht nach Auffassung der Arbeitsgruppe nicht fest. Dies müsste noch näher geprüft werden.

- b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Leistungen, die im Rahmen von Versorgungsmodellen nach Artikel 53a erbracht werden;
- c. 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), sofern die Leistungen nicht im Rahmen von Versorgungsmodellen nach Artikel 53a erbracht werden.

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Dieser ist für den Selbstbehalt nach Absatz 2 Buchstabe b tiefer anzusetzen als für den Selbstbehalt nach Absatz 2 Buchstabe c.

⁶ Der Bundesrat kann:

- a. für Versorgungsmodelle nach Artikel 53a andere Formen der Kostenbeteiligung zulassen oder vorsehen, dass der Selbstbehalt bis auf 15 Prozent erhöht oder die Kostenbeteiligung ganz aufgehoben werden kann, wenn sie sich nicht als zweckmässig erweist;

