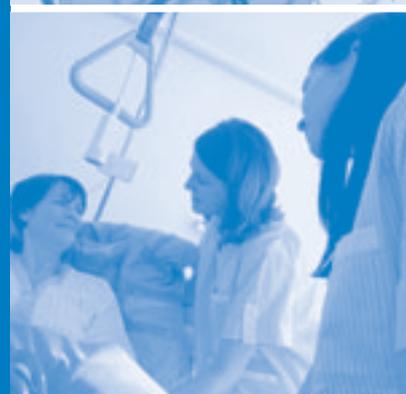


Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Kontrahierungszwang

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt



BAG OFSP UFSP SFOPH

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Kontrahierungszwang

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt

Willy Oggier
Gesundheitsökonomische Beratungen AG

Mai 2003

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. Bei Unstimmigkeiten in den Übersetzungen ist die deutsche Version ausschlaggebend.

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. 316.705
BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 9.05 500 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| | Vorwort | 1 |
| | Avant-propos | 2 |
| | Prefazione | 3 |
| | Foreword | 4 |
| | Zusammenfassung | 5 |
| | Résumé | 8 |
| | Riassunto | 11 |
| | Summary | 14 |
| 1 | Ausgangslage | 17 |
| 2 | Problemstellung und Zielsetzung | 18 |
| 3 | Vorgehen | 19 |
| 4 | Realisierbare Modelle | 20 |
| 4.1 | Realisierbare Modelle | 20 |
| 4.1.1 | Modell A | 20 |
| 4.1.2 | Modell B | 21 |
| 4.1.3 | Modell C | 21 |
| 4.1.4 | Modell D | 22 |
| 4.1.5 | Modell E | 22 |
| 4.1.6 | Modell F | 23 |
| 4.2 | Analyse der Stärken und Schwächen der Varianten | 24 |
| 4.3 | Analyse der Anreize und Auswirkungen der Varianten | 26 |
| 4.4 | Analyse der Auswirkungen der Varianten auf Chronisch Kranke | 27 |
| 4.5 | Umsetzung der Varianten in der Gesetzgebung | 28 |
| 4.5.1 | Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell A | 29 |
| 4.5.2 | Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell B | 32 |
| 4.5.3 | Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell C | 33 |
| 4.5.4 | Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell D | 34 |
| 4.5.5 | Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell E | 35 |
| 4.5.6 | Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell F | 37 |
| 4.5.7 | Reaktionen zu den einzelnen Modellvorschlägen | 38 |
| 4.6 | Welche Organisationen/ Verbände/ Behörden begrüßen/ bekämpfen welche Varianten? | 40 |
| 4.7 | Hauptvorschlag der Arbeitsgruppe/ persönliche Empfehlung des Experten | 41 |
| 5 | Verworfenne Modelle | 47 |
| 6 | Rahmenbedingungen | 48 |
| 6.1 | Zusammenwirken der Varianten mit den anderen Teilprojekten | 48 |
| 6.2 | Welche weiteren Massnahmen müssen umgesetzt werden, damit die Modelle greifen (Begründung, Vorschläge)? | 49 |

A Anhang

| | | |
|-------|--|----|
| A I | Stärken/ Schwächen verschiedener Grundelemente, Analyse der Anreize und Auswirkungen auf Leistungserbringer, Versicherer, Versicherte, Chronisch Kranke, Bund, Kantone bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität | 51 |
| A II | Definition Grundversorger (schweizerische Definition, europäische Definition 2002) | 74 |
| A III | Erörterte Variante der ständerätlichen Kommission | 78 |
| A IV | Stellungnahme der Organisationen | 82 |
| A V | Mitglieder der Arbeitsgruppe Kontrahierungszwang | 98 |

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'Ittingen (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 Infrac, 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

Für die Formulierung des Hauptvorschlags von zentraler Bedeutung ist die Frage, welche Hauptzielsetzung mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs verfolgt werden soll. Die Arbeitsgruppe ist sich darin einig, dass kurz- bis mittelfristig die Effizienz des Systems verbessert werden kann – unabhängig davon, ob die Kosteneindämmung oder die Qualitätsverbesserung als Hauptzielsetzung angestrebt wird. Zwar berücksichtigt eine gute Behandlungsqualität im richtig verstandenen Sinn durchaus auch die Kostenfrage. Dennoch bedarf es nach Auffassung der Arbeitsgruppe eines gesellschaftlichen Entscheids, welcher der beiden Zielsetzungen vornehmlich zu verfolgen ist. Die Effizienzverbesserung kann in diesem Sinn als einmaliger notwendiger Schritt bezeichnet werden, der mit beiden Ansätzen verfolgt werden kann. Wenn die Qualitätsverbesserung langfristig im Vordergrund steht, sind andere Rahmenbedingungen zu formulieren, als wenn es um die Dämpfung des Kostenwachstums geht.

Die Arbeitsgruppe ist in der Fragestellung der langfristigen Hauptzielsetzung gespalten. Während eine knappe Mehrheit – vor allem bestehend aus Vertretern der Bundes- und Kantonsbehörden und der Versicherer – der Zielsetzung der Kostenwachstumseindämmung den Vorzug gibt, spricht sich eine Minderheit für die Zielsetzung der Qualitätsverbesserung aus.

Aus diesem Grund formulierte die Arbeitsgruppe zwei Hauptvarianten, eine generelle und eine für die Zielsetzung der Kostenwachstumseindämmung.

Zur Realisierung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs sind nach Auffassung der Arbeitsgruppe folgende Elemente zentral:

- Die Aufhebung des Vertragszwangs wird im ambulanten und stationären Bereich realisiert.
- Es bedarf eines funktionierenden Risikoausgleichs, der über die Vorstellungen eines Hochrisikopools hinausgehen muss. Wenn es der Risikoausgleich für die Versicherer interessant macht, kranke Versicherte im Rahmen von Disease Management Programmen gut zu behandeln, dürfte auch die Gesamtversorgung verbessert werden können. Die heutige Formel für die Berechnung des Risikoausgleichs ist diesbezüglich zu verbessern.
- Leistungserbringer dürfen nicht an Versicherern und Versicherer nicht an Leistungserbringern beteiligt sein. Eine analoge Regelung ist für «Zulieferbetriebe» (Pharma-, Medizintechnik-Unternehmungen etc.) vorzusehen. Vertikale Integrationen auf Leistungserbringerseite hingegen können ökonomisch gesehen mit Effizienzgewinnen verbunden sein. Sie sollen genauso wie gemeinsame Projekte in Bereichen wie beispielsweise Disease Management oder Abrechnung weiterhin möglich sein.
- Die Arbeitsgruppe regt im weiteren an, dass im Rahmen dieser Zielsetzung auch die Möglichkeit für Versicherer und Leistungserbringer bestehen soll, allfällige bestehende Taggeldversicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) bzw. Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) in das Modell einzubauen, um die Anreize zur Erreichung der Hauptzielsetzung zu verstärken. Kosteneffizienz erlaubt in einem solchen Modell Prävention am Arbeitsplatz und im Fall der Erkrankung die möglichst rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. In Kauf zu nehmen ist dafür eine faktische Aufweichung der Kassenwahlfreiheit der Versicherten (z.B. im Rahmen von finanziellen Anreizen des Arbeitgebers zum Einstieg in dieses kombinierte Modell).
- In Analogie dazu soll auch die Möglichkeit bestehen, im öffentlichen Auftrag und (neu) unter Einbezug der Krankenversicherer, Public-Health-Konzepte im Rahmen solcher Versicherungsmodelle zu entwickeln.
- Im Rahmen der Vertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern sollen Preise ausgehandelt werden. Die Preisbildung wird somit liberalisiert, für das Scheitern von Verhandlungen eine Ersatzlösung formuliert. Eine Liberalisierung der Preisbildung beinhaltet die ersatzlose Streichung

von Art. 43 Abs. 5 KVG. Eine Verpflichtung auf den TARMED soll somit bei Einzelleistungsvergütung nicht mehr bestehen. Damit soll es Krankenversicherern und Leistungserbringern vermehrt offen stehen, für verschiedene Versichertengruppen und Behandlungsfälle unterschiedliche Vergütungsformen und -höhen und / oder Kombinationen von Vergütungsformen aushandeln zu können. Damit könnten sowohl die Qualität als auch Verzerrungen zwischen dem ambulanten und (teil-)stationären Bereich aufgehoben werden.

- Solange Krankenversicherer und Leistungserbringer in der Grundversicherung in Verbänden Tarife verhandeln dürfen, kann die Wettbewerbskommission prinzipiell nicht gegen Tarifabsprachen vorgehen. Ebenso ist die Wettbewerbskommission in ihrer Befugnis, eine Verfügung zu erlassen, eingeschränkt, sofern Tarifverträge durch eine Behörde genehmigt werden. Aus diesen Gründen ist nach Auffassung der Arbeitsgruppe von kantonalen und gesamtschweizerischen Verbandsverhandlungen und Einheitsverträgen betreffend Tarifen für Leistungserbringer und deren behördlichen Genehmigung nach Art. 46 KVG abzusehen.
- Als Ersatzlösung für das Scheitern von Vertragsverhandlungen soll der Instanzenweg Wettbewerbskommission, Rekurskommission, Bundesgericht/Bundesrat (eventuell Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte) vorgesehen werden.
- Es wird ein schweizweit einheitliches Indikatorensystem entwickelt. Damit soll sichergestellt werden, dass der Verwaltungsaufwand insbesondere auch bei kleineren Fachgesellschaften in Grenzen gehalten werden kann. Das einheitliche Indikatorensystem soll ausschliesslich festlegen, welche Fragen gestellt und in welcher Art und Weise die Resultate ausgewiesen werden müssen. Das Indikatorensystem ist im Sinn eines übergeordneten Anforderungskatalogs zu verstehen. Grundsätzlich sind die Daten zur Sicherstellung der Transparenz unter Nennung der betreffenden Leistungserbringer und möglichst vollständig auszuweisen.
- Die Arbeitsgruppe spricht sich gegen ein Rating-Monopol aus. Die Daten sollen von verschiedenen Organisationen erfasst werden können. Damit soll auch ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Rating-Agenturen möglich werden. Im Sinne der Unabhängigkeit soll sichergestellt werden, dass weder Finanzierer noch Leistungserbringer an solchen Agenturen direkt oder indirekt beteiligt sind.
- Wenn diese Eckwerte realisiert sind, sollte im weiteren geprüft werden, ob Krankenversicherer auch im Rahmen der Grundversicherung Gewinne machen können, welche sie nicht zwingend an ihre Versicherten weiter geben müssen. Damit soll die Gefahr eingedämmt werden, dass Krankenversicherer insbesondere qualitativ hochwertigen Leistungserbringern anbieten, in den Ausstand zu treten, weil sie nur im Zusatz-, nicht aber im Grundversicherungsbereich Gewinne machen dürfen. Im Rahmen des heute geltenden Regimes des KVG ist eine analoge Bestimmung für stationäre Leistungserbringer vorzusehen. Die Aufsicht über die Krankenversicherer nach KVG ist entsprechend umzubauen.

Wenn die Zielsetzung der Kostenwachstumseindämmung im Vordergrund steht, sollte eine Lösung mindestens folgende zusätzliche Eckwerte enthalten:

- Die Planungszahlen für den kantonalen Bedarf sollten möglichst tief zu stehen kommen. Um den regional unterschiedlichen Bedarf zu berücksichtigen, müssen diese Werte zwingend differenziert werden. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere die Unterschiede zwischen Stadt und Land sowie demographische Unterschiede.
- Ausserkantonale Angebote sind zwingend zu berücksichtigen. Entscheidendes Kriterium soll dabei die Erreichbarkeit sein (und nicht der inner- bzw. ausserkantonale Standort).
- Falls Kantone höhere Planzahlen als die vom Bund vorgegebenen Minimalzahlen vorsehen, stellt sich die Frage, wie das resultierende Mehrangebot zu finanzieren ist. Der genaue Mehraufwand dürfte sich nur schwer beziffern lassen, so dass nach Auffassung der Arbeitsgruppe nur eine anteilsmässi-

ge kantonale Beteiligung an den durch die Versicherer zu entrichtenden Vergütungen realistisch erscheint. Für die Versicherer entfällt in diesem Fall der entsprechende Anteil der Zahlungsverpflichtung.

- Schliessen die Versicherer hingegen mehr Verträge ab, als die kantonale Vorgabe unter Einhaltung der Bundesbestimmungen vorsieht, bleiben sie voll zahlungspflichtig.

Bezüglich zweier Bestimmungen hat der kantonale Vertreter seine Ablehnung bekundet. Er will die Aufhebung des Vertragszwangs auf den ambulanten Bereich beschränken, weil er der vorgeschlagenen monetarischen Finanzierung kritisch gegenüber steht und seine Bedenken bezüglich der Versorgungs-, Ausbildungs- und Forschungsaufgabe der Kantone nicht ausgeräumt werden konnten. Ausserdem widersetzt er sich der Bestimmung, wonach die Kantone sich an den ambulanten Kosten der Versicherer beteiligen, wenn die Kantone über dem Bundeswert liegende Dichte-Werte festlegen.

Auch wenn der Experte in einzelnen Punkten eine abweichende Haltung einnehmen könnte, verzichtet er im Rahmen dieses Berichts auf eine solche. Denn er gewichtet im Rahmen der hier durchgeführten Arbeiten den gemeinsam getragenen Vorschlag der Arbeitsgruppe höher als eine möglicherweise theoretisch überzeugende, aber kaum praktikable Lösung. Was die Differenzen unter den Arbeitsgruppen-Mitgliedern betrifft, vertritt der Experte mit Blick auf die kantonale Finanzierung der über der Minimal-Dichte liegenden Komponenten die Auffassung, dass die Kantone nicht nur anteilmässig, sondern soweit feststellbar vollständig für die entstehenden Mehrkosten aufkommen sollten.

Ein entsprechendes Modell könnte auf folgende Art zusammengefasst werden:

- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bezieht sich sowohl auf den ambulanten als auch den stationären Bereich.
- Es werden alle Leistungserbringer davon erfasst.
- Von der Aufhebung sind alle Behandlungen betroffen, also auch Notfälle. Für Notfälle führen Netzwerke zwingend einen Notfall- und Bereitschaftsdienst, welcher als erste Anlaufstelle für die entsprechenden Versicherten fungiert. Dieser Dienst übernimmt auch die Triagefunktion im Notfall.
- Die Versorgungssicherheit wird durch entsprechende von den zuständigen Bundesstellen formulierte Minimalvorgaben definiert, welche Kantone und Vertragspartner einzuhalten haben. Legen Kantone höhere Werte fest, bezahlen sie und nicht die Versicherer.
- Es gilt das Kartellgesetz, d.h.:
 - o Keine Verbandsverträge
 - o Wirtschaftliche und organisatorische Verselbständigung der Spitäler

Résumé

Quel but poursuit-on avant tout en supprimant l'obligation de contracter ? Il faut d'abord répondre à cette question si l'on veut formuler correctement la proposition principale. Le groupe de travail est unanime à ce propos : le système peut être rendu plus efficient à court ou à moyen terme, et cela indépendamment du fait de savoir si le premier but visé est une réduction des coûts ou une amélioration de la qualité. Certes, une bonne qualité d'un traitement est tout à fait indissociable de la question des coûts. C'est la raison pour laquelle le groupe de travail est d'avis que c'est une décision de société de décider lequel des deux objectifs est prioritaire. L'accroissement de l'efficacité peut alors être considéré comme un pas à accomplir, quelle que soit l'approche choisie. Toutefois, si le premier but visé à long terme est l'amélioration de la qualité, il ne faut pas prévoir les mêmes conditions-cadre que si le but est un ralentissement de la croissance des coûts.

Le groupe de travail est partagé en ce qui concerne l'objectif principal à long terme. Si une courte majorité du groupe – composée essentiellement de représentants des autorités fédérales et cantonales, ainsi que des assureurs – privilégie la maîtrise de la croissance des coûts, une minorité est en faveur d'une amélioration de la qualité.

C'est pourquoi le groupe de travail a proposé deux variantes principales, l'une d'ordre général et l'autre visant d'abord une maîtrise de l'augmentation des coûts.

Selon le groupe de travail, les éléments suivants jouent un rôle capital dans l'optique d'une suppression de l'obligation de contracter :

- La suppression de l'obligation de contracter doit être réalisée tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier.
- La compensation des risques doit fonctionner correctement, en allant plus loin que le concept de pool de hauts risques. Si, grâce à la compensation des risques, les assureurs ont intérêt à fournir de bons traitements aux assurés malades dans le cadre de programmes de gestion globale de pathologie (dits de Disease Management), l'ensemble de la couverture en soins pourrait s'en trouver amélioré. La formule actuelle servant au calcul de la compensation des risques doit être perfectionnée sur ce point.
- Les fournisseurs de prestations ne peuvent pas avoir d'intérêts financiers dans les assureurs, ni les assureurs dans les fournisseurs de prestations. Une réglementation analogue doit être prévue pour les « sous-traitants » (firmes pharmaceutiques, entreprises spécialisées en technique médicale, etc.). Par contre, des intégrations verticales du côté des fournisseurs de prestations peuvent permettre d'améliorer l'efficacité d'un point de vue économique. C'est pourquoi elles doivent continuer de pouvoir exister tout comme des projets communs dans des domaines comme la gestion globale de pathologie ou la facturation.
- Le groupe de travail suggère en outre que, dans le cadre de cet objectif, les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent aussi avoir la possibilité d'intégrer dans le modèle, lorsqu'elles existent, des assurances pour perte de gain selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) ou selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), afin de renforcer les incitations à atteindre l'objectif principal. L'efficacité en termes de coûts permet, dans le cadre d'un tel modèle, de faire de la prévention sur les lieux de travail et de veiller, en cas de maladie, au rétablissement le plus rapide possible de la capacité de travail. Il faut pour cela être prêt à accepter une limitation de la liberté accordée aux assurés de choisir librement leur caisse (par exemple par des incitations financières de l'employeur destinées à favoriser l'affiliation à ce modèle combiné).
- Par analogie, il doit également être possible de développer dans le cadre de tels modèles d'assurance des concepts de santé publique sur mandat public et, ce qui est nouveau, en impliquant les assureurs-maladie.

- Les prix doivent être établis dans le cadre de négociations contractuelles entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, ce qui signifie une libéralisation de la formation des prix, des solutions de remplacement étant formulées pour le cas où les négociations n'aboutiraient pas. Une libéralisation de la formation des prix implique la suppression pure et simple de l'art. 43, al. 5, LAMal. De ce fait, le TARMED ne doit plus constituer la base obligatoire en cas de rémunération à la prestation. Ainsi tant les assureurs-maladie que les fournisseurs de prestations doivent pouvoir négocier plus souvent des formes et des niveaux différents de rémunération ou des combinaisons variables de formes de rémunération pour des groupes d'assurés ou des traitements différents. Il serait ainsi possible d'éliminer les différences qualitatives comme les distorsions entre les domaines ambulatoire et (semi-) hospitalier.
- Aussi longtemps que les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations peuvent négocier des tarifs par le biais de leurs associations professionnelles dans l'assurance de base, la Commission de la concurrence ne peut en principe rien faire contre les ententes tarifaires. La Commission de la concurrence est aussi limitée dans son pouvoir de rendre une décision parce que les conventions tarifaires sont approuvées par une autorité. C'est pourquoi, selon le groupe de travail, il faut renoncer aux négociations tarifaires menées au niveau cantonal comme au niveau national par les fédérations ainsi qu'aux contrats unitaires concernant les tarifs des fournisseurs de prestations et à leur approbation par les autorités selon l'art. 46 LAMal.
- En cas d'échec des négociations tarifaires, il faut prévoir des voies de droit: Commission de la concurrence, Commission de recours, Tribunal fédéral ou Conseil fédéral (éventuellement la Cour européenne des droits de l'homme à Strasbourg).
- Un système d'indicateurs uniforme pour toute la Suisse, est développé. Cette mesure doit permettre de maintenir les frais administratifs dans des limites raisonnables, en particulier pour les petites organisations professionnelles. Le système d'indicateurs unique doit déterminer uniquement quels sont les questions à poser et quel est le mode de présentation des résultats. Il faut y voir un catalogue générique d'exigences. Les données permettant de garantir la transparence doivent en principe mentionner les fournisseurs de prestations concernés et être aussi complètes que possible.
- Le groupe de travail est opposé à la création d'un monopole de l'évaluation. Différentes organisations doivent pouvoir saisir les données, de façon que différentes agences d'évaluation puissent également se faire concurrence. Pour que l'indépendance de ces dernières soit garantie, il faut s'assurer que ni les agents-payeur ni les fournisseurs de prestations n'aient des intérêts financiers directs ou indirects dans ces agences.
- Une fois que ces éléments de base sont en place, il faudrait par ailleurs se demander si les assureurs-maladie ne peuvent pas réaliser des bénéfices dans le cadre de l'assurance de base, bénéfices qu'ils ne devraient pas impérativement reverser à leurs assurés. Ainsi on devrait réduire le danger que les assureurs proposent en particulier à des fournisseurs de prestations de très grande qualité de se récuser parce qu'ils ne peuvent réaliser des bénéfices que dans le domaine des assurances complémentaires et non pas dans l'assurance de base. Dans le cadre du régime de la LAMal actuellement en vigueur, une disposition analogue doit être prévue pour les fournisseurs de prestations du domaine hospitalier. La surveillance des assureurs-maladie selon la LAMal doit être modifiée en conséquence.

En cas de priorité accordée à l'objectif de la maîtrise des coûts, un modèle de suppression de l'obligation de contracter devrait contenir au moins les points supplémentaires suivants :

- Les chiffres relatifs à la planification des besoins cantonaux devraient être fixés à un niveau aussi bas que possible. Ces valeurs ne doivent pas être partout les mêmes, pour tenir compte du fait que les besoins varient selon les régions. Les différences entre ville et campagne, ainsi que les disparités démographiques doivent en particulier être prises en considération.

- Des offres extracantonales en soins doivent impérativement être prises en considération. Le critère décisif doit être dans ce cas l'accessibilité (et non pas le fait que l'offre est située à l'intérieur du canton ou à l'extérieur).
- Si les cantons prévoient une offre dépassant les chiffres minimaux prescrits par la Confédération, il faut s'interroger sur le financement de l'offre excédentaire qui en résulte (qui va payer ?). Les charges supplémentaires paraissant difficiles à chiffrer exactement, la seule solution réaliste paraît être, selon le groupe de travail, une participation cantonale proportionnelle aux remboursements incombant aux assureurs. Dans ce cas, les assureurs ne sont plus tenus de payer la part correspondante des coûts.
- Si par contre les assureurs concluent davantage de contrats que ne le prévoit le canton en respectant les dispositions fédérales, ils doivent prendre en charge l'intégralité des coûts.

Le représentant des cantons a fait part de son opposition à deux dispositions. Il souhaite d'une part que la suppression de l'obligation de contracter se limite au domaine ambulatoire, parce qu'il critique le système de financement moniste prévu et parce que les réserves qu'il a formulées en relation avec les attributions des cantons en matière de couverture sanitaire, de formation et de recherche ne peuvent pas être levées. Il s'oppose d'autre part à la proposition selon laquelle les cantons assument une partie des coûts de l'assurance dans le domaine ambulatoire lorsque, en matière de densité médicale, les cantons fixent des valeurs supérieures à celles de la Confédération.

Même si l'expert pouvait prendre une position différente sur certains points, il a renoncé à le faire dans le cadre de ce rapport. Il a en effet jugé que la proposition commune du groupe de travail était préférable à une solution peut-être convaincante d'un point de vue théorique, mais difficile à mettre en œuvre. S'agissant des divergences entre les membres du groupe de travail en ce qui concerne le financement par les cantons de l'offre en soins dépassant celle minimale prescrite par la Confédération, l'expert estime que les cantons doivent prendre en charge les coûts supplémentaires non pas proportionnellement, mais intégralement, pour autant qu'ils puissent être mis en évidence.

Un modèle de ce type pourrait en résumé avoir les caractéristiques suivantes :

- La suppression de l'obligation de contracter s'applique tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier.
- Tous les fournisseurs de prestations sont concernés par cette mesure.
- La suppression s'applique à tous les traitements, donc aussi aux cas d'urgence. Pour ces derniers, des réseaux disposent impérativement d'un service d'urgences et d'une permanence, auxquels les assurés doivent d'abord s'adresser. En cas d'urgence, ce service exerce une fonction de triage.
- La couverture en soins à garantir est définie par des normes minimales formulées par les offices fédéraux compétents, qui doivent être respectées par les cantons et les partenaires contractuels. Les cantons qui fixent des valeurs supérieures sont tenus d'en assumer les coûts, et non pas les assureurs.
- La loi sur les cartels s'applique, ce qui implique que :
 - o il n'y a pas de conventions conclues par des associations professionnelles.
 - o Les hôpitaux deviennent autonomes sur les plans économique et organisationnel.

Riassunto

Di primaria importanza per la formulazione della proposta principale è quale sia l'obiettivo principale da perseguire con la soppressione dell'obbligo di contrarre. Il gruppo di lavoro è unanime circa la possibilità di migliorare a breve o a media scadenza l'efficienza del sistema – indipendentemente dal fatto che siano perseguiti quali obiettivi prioritari il contenimento dei costi o una migliore qualità. Una cura qualitativamente buona non può comunque prescindere da una questione dei costi. Tuttavia, secondo il parere del gruppo di lavoro, la priorità a uno dei due obiettivi deve essere stabilita in base a una decisione sociale. In tal senso, il risultato che occorre raggiungere in entrambi i casi è una migliore efficienza. Se si vuole privilegiare a lungo termine il miglioramento della qualità, le condizioni di base da formulare sono diverse da quelle in cui l'obiettivo primario fosse il contenimento dei costi.

Il gruppo di lavoro è diviso circa la priorità dell'obiettivo a lungo termine. Per una maggioranza risicata – costituita soprattutto da rappresentanti delle autorità federali e cantonali e degli assicuratori – la priorità va data al contenimento dei costi, mentre una minoranza la dà al miglioramento qualitativo.

Per questo motivo, il gruppo di lavoro ha elaborato due varianti principali, una in generale e l'altra mirata al contenimento dei costi.

Per il gruppo di lavoro, determinanti per l'abrogazione dell'obbligo di contrarre sono i fattori seguenti:

- La soppressione dell'obbligo di contrarre dev'essere realizzata in ambito ambulatoriale e ospedaliero.
- È necessaria una compensazione dei rischi funzionante che si estende al di là delle concezioni di un pool di rischi elevati. Se la compensazione dei rischi rende interessante per gli assicuratori curare bene gli assicurati malati nell'ambito di programmi di disease management, anche le cure generiche dovrebbero essere migliorate. La formula attuale per il calcolo della compensazione dei rischi dovrebbe fruire, a sua volta, di miglioramenti corrispondenti.
- Tra fornitori di prestazioni e assicuratori non vi possono essere interessi finanziari. Un disciplinamento analogo deve essere previsto per i «subappaltatori» (ditte farmaceutiche, imprese specializzate in tecniche mediche ecc.). Per contro, integrazioni verticali a livello di fornitori di prestazioni possono risultare più efficaci dal punto di vista economico. Esse dovranno perciò essere mantenute allo stesso modo dei progetti comuni nei settori ad esempio del Disease Management o della fatturazione.
- Il gruppo di lavoro suggerisce inoltre che nell'ambito di questo obiettivo sussista anche la possibilità per gli assicuratori e fornitori di prestazioni di inserire nel modello eventuali assicurazioni di indennità giornaliere secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) al fine di potenziare gli incentivi alla realizzazione dell'obiettivo principale. Una gestione efficiente dei costi permette, all'interno di questo modello, di considerare la prevenzione sul posto di lavoro e, nel caso di malattia, una riabilitazione tempestiva della capacità lavorativa. Occorre a tal fine essere pronti ad accettare una limitazione della libertà di scelta della cassa malati da parte degli assicurati (ad esempio nell'ambito di incentivi finanziari del datore di lavoro nel caso di adesione a questo modello combinato).
- Per analogia, deve esistere anche la possibilità di sviluppare, nel quadro di questi modelli assicurativi, concetti di public-health in mandati pubblici e includendo anche gli assicuratori malattie.
- I prezzi devono essere fissati nel quadro di negoziati contrattuali tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, ciò che significa una liberalizzazione dei prezzi, formulando soluzioni sostitutive per il caso in cui i negoziati non dovessero andare in porto. Una liberalizzazione dei prezzi implicherebbe la soppressione dell'articolo 43 capoverso 5 LAMal. Di conseguenza, le prestazioni individuali non dovrebbero più essere necessariamente rimborsate sulla base della nuova tariffa medica TARMED.

Sia gli assicuratori malattie che i fornitori di prestazioni devono poter negoziare con maggiore frequenza forme e livelli diversi di remunerazione o combinazioni di forme di remunerazione per gruppi di assicurati o trattamenti diversi. In tal modo sarebbe possibile eliminare sia le differenze qualitative sia le distorsioni fra il settore ambulatoriale e quello ospedaliero.

- Fintanto che assicuratori e fornitori di prestazioni potranno negoziare le tariffe per l'assicurazione di base attraverso le associazioni professionali, la Commissione della concorrenza non potrà procedere, in linea di principio, contro accordi tariffari. La stessa Commissione è altresì limitata nella sua competenza a emanare disposizioni fino a quando gli accordi tariffari sono approvati da un'autorità. Per questi motivi, il gruppo di lavoro ritiene che si debba prescindere dalle trattative di associazioni e da convenzioni unitarie cantonali e nazionali che riguardino tariffe per fornitori di prestazioni e la loro approvazione da parte di un'autorità secondo l'articolo 46 LAMal.
- Quale soluzione sostitutiva nel caso in cui le trattative non andassero in porto dev'essere previsto il ricorso alla Commissione della concorrenza, alla Commissione di ricorso, al Tribunale federale, al Consiglio federale (eventualmente alla Corte europea dei diritti dell'uomo).
- Sarà elaborato un sistema di indicatori unitario per tutta la Svizzera che possa garantire il contenimento dell'onere amministrativo, in particolare delle piccole società specializzate. Il sistema di indicatori unitario deve stabilire unicamente quali domande devono essere poste e le modalità in cui devono essere presentati i risultati. Il sistema di indicatori dev'essere inteso quale una sorta di catalogo generale delle esigenze. In linea di principio, i dati volti a garantire la trasparenza devono essere presentati nella maniera più completa possibile citando il fornitore di prestazioni in questione.
- Il gruppo di lavoro si dice contrario all'istituzione di un monopolio della valutazione. I dati devono poter essere rilevati da diverse organizzazioni. In tal modo dovrà essere possibile anche una concorrenza fra diverse agenzie di rating e si dovrà altresì garantire, all'insegna dell'autonomia, che finanziatori e fornitori di prestazioni non siano legati direttamente o indirettamente da interessi finanziari con dette agenzie.
- Quando questi punti saranno realizzati si dovrà inoltre esaminare se assicuratori malattie possano realizzare utili anche nell'ambito dell'assicurazione di base senza doverli necessariamente riversare sui loro assicurati. Si limiterebbe in tal modo il rischio che assicuratori malattie proponessero di ricorrere in particolare a fornitori di prestazioni qualitativamente elevate, in quanto possono realizzare utili solo nel settore dell'assicurazione complementare ma non in quello dell'assicurazione di base. Nell'ambito del regime vigente della LAMal, dev'essere prevista una disposizione analoga per i fornitori di prestazioni ospedaliere. La vigilanza sugli assicuratori malattie secondo LAMal deve essere riorganizzata in tal senso.

Se è prioritario l'obiettivo del contenimento dei costi, la soluzione dovrebbe contenere almeno i seguenti punti supplementari:

- Le cifre relative alla pianificazione del fabbisogno cantonale devono essere fissate al livello più basso possibile. Questi valori non devono essere uguali ovunque, al fine di tenere conto del fatto che il fabbisogno varia a seconda delle regioni. In particolare vanno prese in considerazione le differenze tra città e campagna e le disparità demografiche.
- L'offerta extracantonale dev'essere presa in considerazione. Il criterio decisivo deve essere, in questo caso, l'accessibilità (e non la localizzazione interna o esterna al Cantone).
- Se i Cantoni prevedono un'offerta di cure superiore a quella minima fissata dalla Confederazione, sorge il problema di come finanziare tale maggiore offerta. L'onere supplementare sarebbe difficile da conteggiare esattamente e il gruppo di lavoro ritiene che sia realistica soltanto una partecipazione cantonale proporzionale al rimborso a carico dell'assicuratore. In questo caso, gli assicuratori non sarebbero più tenuti a pagare la parte di costi corrispondente.

- Se invece gli assicuratori concludono un numero di contratti superiore a quello previsto dal Cantone nel rispetto delle disposizioni federali, essi devono assumersi l'integralità dei costi.

Il rappresentante dei Cantoni ha manifestato la sua opposizione a due disposizioni. Egli intende limitare la soppressione dell'obbligo di contrarre al settore ambulatoriale in quanto critica il finanziamento monistico proposto e perché i suoi dubbi circa i compiti dei Cantoni in termini di cure, formazione e ricerca permangono. Inoltre, egli si oppone alla disposizione in base alla quale i Cantoni partecipano ai costi ambulatoriali degli assicuratori se fissano valori superiori a quelli stabiliti dalla Confederazione.

Anche se l'esperto potrebbe assumere una posizione diversa su alcuni punti, egli vi rinuncia nell'ambito di questo rapporto in quanto, nel quadro dei lavori portati avanti in questa sede, considera la proposta comune del gruppo di lavoro più valida di una soluzione forse convincente a livello teorico ma difficilmente praticabile. Per quanto attiene alle differenze fra i membri del gruppo di lavoro, l'esperto ritiene che, tenendo presente il finanziamento cantonale dei componenti superiori al valore minimo, i Cantoni dovrebbero far fronte ai costi supplementari non solo proporzionalmente ma per intero nella misura in cui essi sono appurabili.

Il corrispondente modello potrebbe essere riassunto nel modo seguente:

- La soppressione si applica sia al settore ambulatoriale, sia al settore ospedaliero.
- Essa si estende a tutti i fornitori di prestazioni.
- La soppressione si applica a tutte le cure, quindi anche ai casi urgenti. In questi casi le reti devono imperativamente disporre di un servizio di pronto soccorso e di servizio permanente, ai quali gli assicurati devono dapprima rivolgersi. In caso di urgenza, questo servizio esercita una funzione di smistamento.
- La copertura in termini di cure è definita da norme minime formulate dagli Uffici federali competenti, le quali devono essere rispettate dai Cantoni e dai partner contrattuali. I Cantoni che fissano valori superiori, e non gli assicuratori, sono tenuti ad assumersene i costi.
- Si applica la legge sui cartelli, di conseguenza:
 - o Non vi sono convenzioni concluse da federazioni.
 - o Gli ospedali diventano autonomi sul piano economico e organizzativo.

Summary

The formulation of the main proposal is dependent to a very large degree on the question of what primary objective the removal of the obligation to contract is intended to achieve. The working group is unanimous that the system can be made more efficient in the short to medium term, irrespective of whether cost containment or quality improvement is envisaged as the primary objective. It is of course the case that a good quality of treatment understood in the correct sense also considers the cost aspect, but the working group feels that a consensus in society is required as to which of the two objectives should be given priority. Improving efficiency can be seen in this context as an independently necessary move that can be undertaken as part of either objective. If improving quality is deemed to be the priority in the longer term, different framework conditions need to be formulated to those which would be appropriate if containment of rising costs were the primary objective.

Opinions within the working group differ on the question of the long-range primary objective. A small majority – consisting mainly of representatives of the federal and cantonal authorities and the insurance providers – consider cost containment to be the priority, with a minority in favour of improving quality as the main objective.

Accordingly, the working group produced two main proposals, a general proposal and one intended to achieve the objective of cost containment.

The working group feels that the following elements will be central in removing the obligation to contract:

- The obligation to contract needs to be eliminated in both the in-patient and outpatient settings.
- A functioning risk-compensation mechanism must exist which goes beyond the concept of a high-risk pool. If risk compensation makes it worthwhile for the insurance providers to treat patients well through disease management programmes, it should be possible to improve healthcare provision as a whole. The current formula for calculating risk compensation needs to be improved with this in mind.
- Service providers must not have a financial or organizational interest in insurance providers and vice versa. A similar regulation should be introduced for «external suppliers» (pharmaceutical companies, medical-device manufacturers etc.). On the other hand, vertical integration on the service-provision side may increase economic efficiency. This should continue to be permissible, as should joint projects in areas such as disease management or billing.
- The working group also suggests that, as part of this wider objective, insurance and service providers should have the option of incorporating existing policies covering supplementary sick pay under the Health Insurance Law (KVG) or Federal Law on Health Insurance Contracts (VVG) into the model in order to increase the incentives for achieving the main objective. In a model of this kind, preventive healthcare in the workplace and restoration of the individual's ability to work as rapidly as possible can be promoted in the name of cost effectiveness. The corollary to this is a de facto restriction of individuals' freedom to choose their insurance provider (e.g. because the employer offers financial incentives to join this combined model).
- By analogy, this type of insurance model should also provide an opportunity to develop public health concepts by public mandate and (for the first time) involving health insurance providers.
- Prices should be agreed when contracts are being negotiated between service providers and insurance providers. This would liberalize pricing and create an alternative should negotiations fail. Price liberalization would also mean dropping Article 43 para. 5 KVG, thus eliminating the obligation to observe TARMED in determining remuneration for individual items of service. This would give in-

insurance providers and service providers greater leeway to negotiate different forms and levels of remuneration and/or combinations of forms for different groups of insureds and treatment profiles. This in turn could both improve quality and eliminate discrepancies between the outpatient and day-patient settings.

- As long as insurance providers and service providers are permitted to negotiate tariffs for the provision of services under the basic health insurance system through their associations, the cartel authority cannot take action against collusion on tariffs. Equally, the cartel authority is limited in its powers to issue an injunction as long as collective agreements are approved by an authority. Against this background, the working group feels that cantonal and national negotiations through professional associations, standard agreements on tariffs for service providers, and official approval of such agreements by the authorities under the terms of Article 46 KVG should be eliminated.
- If negotiations on agreements fail, the alternative should be to go through the cartel authority, the Appeals Commission, the Federal Court/Federal Council (possibly even the European Court of Human Rights).
- A uniform system of indicators should be developed for the entire country, the point of which would be to ensure that the administrative costs, particularly those incurred by smaller specialist associations, can be kept to a reasonable level. The uniform indicator system should establish only the questions which must be asked and how the results must be shown. The indicator system should be viewed as a kind of overriding list of requirements. To ensure transparency, data should be given as fully as possible and the name of the service providers concerned should be stated.
- The working group is against a rating monopoly. It should be possible for a number of organizations to record data, and this would also permit competition between different rating agencies. The independence of the system must be guaranteed by ensuring that neither providers of finance nor service providers are involved either directly or indirectly in these agencies.
- Once these basic points have been implemented, the next step should be to examine whether insurance providers can also be allowed to make a profit from basic health insurance which they are not necessarily obliged to pass on to the people they insure. The point of this is to avert the danger of insurance providers asking providers of high quality services, in particular, to stop providing services under the mandatory system because they are permitted to make a profit only under supplementary insurance and not under the basic health insurance system. A similar provision should be made for providers of in-patient services under the present health insurance system. The system of oversight for providers of health insurance as provided for in the KVG needs to be modified accordingly.

If the primary objective is to contain rising costs, then the solution should contain at least the following additional basic points:

- The planning figures for cantonal needs should be as low as possible. It is vital to differentiate these figures to take account of different regional requirements. In particular, allowance needs to be made for the difference between urban and rural areas and demographic differences.
- It is vital for services available outside the canton to be considered. The deciding criterion should be accessibility (and not whether the service is provided in a specific canton).
- Where cantons decide on planning figures higher than the minimum figures determined by the federal government, the question arises of how the excess services are to be financed. It will probably be very difficult to put an exact figure on the excess costs, and for this reason the working group feels that the only realistic approach is for cantons to pay only a proportion of the funding that the insurance providers are required to pay. In this case the insurance providers would not be required to pay the proportion of their financial obligation covered by the contribution from the cantons.

- If, on the other hand, the insurance providers conclude more agreements than required by the canton under federal requirements, they will be responsible for financing the services in full.

The cantonal representative has stated that he does not agree with two of the points made here. He feels that the removal of the obligation to contract should be restricted to outpatient care because he is critical of the proposed monistic system of financing and still has reservations about the mandate of the cantons to provide healthcare, training and research. He also opposes the idea of the cantons paying some of the costs for outpatient care incurred by the insurance providers if the cantons specify a density of provision higher than the level set by the federal government.

Although the expert could voice objections to certain points, he has not done so in this report because he feels that the joint proposal put forward by the working group is more important than a solution which may be theoretically watertight but would be very difficult to put into practice. As far as the differences between the members of the working group are concerned, the expert considers that, with respect to cantonal financing of components which exceed the required minimum density, the cantons should pay not only a proportion of the additional costs but these additional costs in full to the extent that they can be identified.

An appropriate model could be summarized as follows:

- The removal of the obligation to contract should apply to both the outpatient and the in-patient setting.
- All service providers will be affected by this.
- It will affect all treatments, including emergencies. Networks will provide an emergency and standby service which will be the first point of contact for insured individuals who require emergency care. This service will also carry out triage in an emergency.
- The necessary level of service provision will be determined by minimum requirements formulated by the appropriate federal authorities and which the cantons and contracting partners will be required to meet. If the cantons decide to provide higher levels of service, they and not the insurance providers will pay the additional costs.
- The antitrust law will apply, i.e.:
 - o No contracts negotiated by associations;
 - o Hospitals must be financially and organizationally independent.

1 Ausgangslage

An der Klausursitzung vom 22. Mai 2002 formulierte der Bundesrat den folgenden Auftrag an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI): «Das EDI wird beauftragt, realisierbare Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Ärzten und allenfalls Spitälern (...) vorzulegen, wobei die Grundversorgung garantiert werden soll.»

Im Rahmen des Auftrags sollen gemäss der Konkretisierung durch das Bundesamt für Sozialversicherung folgende Aufgaben bearbeitet werden:

- Klären der Frage, ob und wie die «Wirtschaftlichkeit» und die «Qualität» von Leistungserbringern objektiv definiert werden kann (welche Instrumente und Daten braucht es? Vor- und Nachteile der Instrumente);
- Evaluation von Modellen zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs in der ambulanten Medizin (nur Spezialärzte? Alle Ärzte? Alle Leistungserbringer? Vor- und Nachteile der Lösungen?) Die Grundversorgung muss gewährleistet sein (welche Leistungserbringer sind Grundversorger?);
- Evaluation von Modellen zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Spitälern (Vor- und Nachteile der Lösungen?) Die Grundversorgung muss gewährleistet sein (welche Leistungserbringer sind Grundversorger?);
- Prüfen von Modellen, wie der ambulante Zulassungsstopp spätestens Mitte 2005 unabhängig vom Kontrahierungszwang abgelöst werden könnte.
- Frühzeitige Koordination der Arbeiten mit den anderen Teilprojekten, insbesondere im Hinblick auf eine allenfalls erforderliche Änderung des Risikoausgleichs;
- Verfassen eines Schlussberichts über das Teilprojekt.

Mit Datum vom 12. November 2002 formulierte das Bundesamt für Sozialversicherung die für die Teilprojekte gewünschte Berichterstattung und gab die im folgenden eingehaltene Abschnittrihenfolge vor.

2 Problemstellung und Zielsetzung

Um die im Zusammenhang mit einer Aufhebung des Vertragszwangs anfallenden oben genannten Fragen erörtern zu können, beschäftigte sich die vom Bundesrat eingesetzte Arbeitsgruppe am Anfang ihrer Arbeiten mit möglichen Grundfragen zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs:

- Geltungsbereich
 - Ambulant/ stationär/ stationär und ambulant?
 - Alle Leistungserbringer/ nur Ärzte/ nur Nicht-Ärzte/ nur Spezialärzte/ nur Ärzte über 65 Jahre?
 - Alle Behandlungen/ alle Behandlungen ausser Notfällen/ Wahleingriffe?
- Versorgungssicherheit
 - Definition auf Bundesebene/ kantonaler Ebene/ durch Versicherer/ Branchenverbände der Leistungserbringer/ Vertragspartner?
 - Vorgaben durch Bund/ Kantone/ Versorgungsregionen (1.0 – 1.5 Mio. Einwohner)?
 - Kantonal gleiche/ kantonale ungleiche/ regional gleiche/ regional ungleiche Einschränkungen?
 - Direkter Zugang zu allen Spektren der Leistungserbringer auf heutiger Basis, aber nur noch selektiv/ nicht mehr direkter Zugang zu allen Spektren?
- Qualität
 - Struktur-/ Prozess-/ Indikations-/ Ergebnisqualität?
 - Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsmessung durch Leistungserbringer/ Versicherer/ Branchenverbände/ Vertragspartner/ Bund/ Kantone/ externe Dritte?

3 Vorgehen

Angesichts der äusserst heterogen zusammengesetzten Arbeitsgruppe, in der auch höchst unterschiedliche Auffassungen vertreten wurden, kam ein stark partizipativer und modulartiger Arbeitsstil zur Anwendung. Einzelne Arbeitsgruppen-Mitglieder versuchten immer wieder, die Grundsatzfrage zu thematisieren, ob es eine Aufhebung des Vertragszwangs brauche. Diese Frage wurde jedoch auftragsgemäss nicht behandelt. Die Arbeiten konzentrierten sich somit ausdrücklich darauf, wie eine Aufhebung des Vertragszwangs aussehen könnte.

Es zeigte sich relativ schnell, dass angesichts der Heterogenität der Interessen das Vorgehen, einzelne Modelle zur Bewertung vorzuschlagen, Gefahr laufen könnte, durch unterschiedliche Interessenkoalitionen zu einer Nulllösung zu führen.

Anstatt von Anfang an auf drei bis vier konkrete Varianten zu setzen, wurden deshalb in einem ersten Schritt sämtliche eruierten, oben genannten Grundelemente einer Einzelbeurteilung durch die Arbeitsgruppe unterzogen. Dabei ging es darum, Stärken und Schwächen dieser Elemente, die Anreize und mögliche Auswirkungen der Varianten auf Leistungserbringer, Versicherer, Versicherte, Bund, Kantone und Chronisch-Kranke zu beurteilen.

Ausgehend von diesen Einzelbeurteilungen wurden dann einige Denkmodelle durch den Experten und die Arbeitsgruppenmitglieder entworfen. Diese wurden auf offene Fragen bei der Konkretisierung analysiert, was wiederum die Grundlage für Ausführungen über mögliche Lösungsvorschläge zur Umsetzung der Varianten in der Gesetzgebung bildete. Im Rahmen dieser Überlegungen sind auch Erkenntnisse aus dem Hearing mit Herrn Prof. Dr. Karl Lauterbach vom Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln eingeflossen.

Anschliessend daran gaben die Arbeitsgruppen-Mitglieder ihre persönlichen Präferenzen zum Ausdruck sowie der Experte seine persönliche Empfehlung.

In den anschliessenden Kapiteln wird begründet, auf welche Modelle verzichtet worden ist bzw. welchen Zusammenhang die vorgeschlagenen Varianten mit den anderen Teilprojekten der 3. KVG-Revision und dem Risikoausgleich aufweisen.

Die Arbeitsgruppe hat insgesamt zwei halbtägige und sechs ganztägige Arbeitssitzungen unter dem Vorsitz des Experten durchgeführt.

Für die inhaltlich korrekte Wiedergabe der Arbeitsergebnisse ist der Experte zuständig. Die fachliche Begleitung erfolgte durch die Arbeitsgruppe. Deren Mitglieder erhielten den Entwurf des Schlussberichts zur Stellungnahme und diskutierten diesen anlässlich ihrer letzten Arbeitssitzung.

4 Realisierbare Modelle

Unabhängig vom Geltungsbereich (ambulant und/ oder stationär), von den betroffenen Leistungen (z.B. Notfälle/ keine Notfälle) und den Leistungserbringern (z.B. Hausärzte/ alle Ärzte) sind bei der Wahl eines Modells zur Aufhebung des Vertragszwangs die Auswirkungen für die einzelnen Marktteilnehmer und die einzelnen Märkte zu berücksichtigen.

Die Umsetzung jedes der nachfolgenden Modelle setzt voraus, dass bestimmte Rahmenbedingungen für gewisse Marktparameter festgelegt werden. Dazu gehören insbesondere die Preisbildung (Tarife), die Vergütungsformen und -höhen, die Versorgungssicherheit, das Genehmigungsverfahren sowie die Beschwerdemöglichkeiten.

Die Festlegung der Bedingungen dieser Elemente kann im Rahmen eines staatlichen oder liberalen Systems erfolgen.

Im Falle eines staatlichen Systems ist es am Gesetzgeber, die entsprechenden Bedingungen festzulegen und die Beziehungen der einzelnen Marktteilnehmer untereinander detailliert zu regeln (staatliche Regulierung).

Demgegenüber werden die wichtigsten Marktparameter im Falle eines liberalen Systems grundsätzlich im freien Spiel des Wettbewerbs durch die einzelnen Marktteilnehmer definiert (Deregulierung).

In diesem Zusammenhang ist das Verhältnis zwischen der staatlichen Regulierung bzw. Deregulierung und dem Wettbewerbsrecht zu klären. Die Anwendungsbereiche beider Regelungen sollten sich nicht überschneiden und daher aufeinander abgestimmt werden. Je mehr Wettbewerbsparameter, namentlich der Preis, die Menge und die Absatzgebiete, durch staatliche Regulierung fixiert werden, desto kleiner wird tendenziell der Spielraum für den Wettbewerb und für die Anwendung des Kartellgesetzes.

Allgemein hat die staatliche Regulierung so wie die Deregulierung den Anforderungen der wirtschaftlichen Effizienz und Notwendigkeit zu genügen.

In diesem Sinne stellen die nachfolgenden Modelle verschiedene Kombinationen von weitgehender Regulierung oder Wettbewerb dar.

Im ersten Schritt wurden im Rahmen dieser Arbeiten einige aus einzelnen Elementen zusammengestellte Denkmodelle entwickelt, welche als Basis für die Diskussion über den Hauptvorschlag dienen. Bei allen Elementen war für die Mitglieder der Arbeitsgruppe klar, dass zwar die integralen Modelle zu bewerten sind, jedoch in ihren Augen einzelne Elemente ausgetauscht oder modifiziert werden können. Die im Anhang diskutierten Aspekte können für diese Überlegungen hilfreich sein.

4.1 Realisierbare Modelle

Es wurden folgende Modelle näher analysiert:

4.1.1 Modell A

Dieses Modell weist folgende Charakteristika auf:

- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bezieht sich sowohl auf den ambulanten als auch den stationären Bereich.
- Es werden alle Leistungserbringer davon erfasst.

- Von der Aufhebung sind alle Behandlungen betroffen, also auch Notfälle. Für Notfälle führen Netzwerke zwingend einen Notfall- und Bereitschaftsdienst, welcher als erste Anlaufstelle für die entsprechenden Versicherten fungiert. Dieser Dienst übernimmt auch die Triagefunktion im Notfall.
- Die Versorgungssicherheit wird durch entsprechende von den zuständigen Bundesstellen formulierte Vorgaben definiert, welche die Vertragspartner einzuhalten haben. Befolgen die Vertragspartner die entsprechenden Vorgaben nicht, hat der Versicherte das Recht auf Kosten des Versicherers einen beliebigen anderen nach KVG zugelassenen geeigneten Leistungserbringer aufzusuchen. Der Leistungserbringer erhält den selben Preis für seine Behandlung wie die analogen anderen vom Versicherer unter Vertrag genommenen Leistungserbringer. Bestehen Preisdifferenzierungen, ist der Höchstpreis massgebend. Bestehen im entsprechenden Segment gar keine vertraglichen Vereinbarungen durch den Versicherer, richten sich die Preise gemäss den höchsten von einem anderen Versicherer abgeschlossenen Preisen für vergleichbare Leistungserbringer. Bestehen auch diesbezüglich keine Preise, kommt der Preis der SUVA zur Anwendung.
- Die Messung von Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgt durch externe Dritte, welche von den Bundesbehörden finanziert werden.
- Versicherer und Leistungserbringer sind grundsätzlich frei, mit welchen Partnern sie Verträge abschliessen.

4.1.2 Modell B

Dieses Modell weist folgende Charakteristika auf:

- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bezieht sich auf den ambulanten Bereich.
- Es werden alle Leistungserbringer im ambulanten Bereich erfasst.
- Von der Aufhebung sind alle Behandlungen ausser Notfälle betroffen. Der Begriff des Notfalls wird durch die Vertragspartner definiert.
- Die Versorgungssicherheit wird im Rahmen von Versorgungsregionen von in der Regel 1.0 bis 1.5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern gewährleistet. Es besteht eine Zusammenarbeitspflicht unter den Regionen.
- Die Messung von Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgt gemeinsam durch die Branchenverbände nach einem einheitlichen System und wird durch diese auch gemeinsam finanziert.
- Die Versicherer sind verpflichtet, das Drittel mit der qualitativ besten Beurteilung unter Vertrag zu nehmen. Vertragsverweigerungen haben in erster Linie beim Drittel mit der qualitativ schlechtesten Bewertung zu erfolgen.

4.1.3 Modell C

Dieses Modell weist folgende Charakteristika auf:

- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bezieht sich auf den ambulanten Bereich.
- Es werden ausschliesslich Leistungserbringer davon erfasst, welche ohne ärztlichen Auftrag zu Handen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig werden können (Ärztenschaft, Hebammen, Chiropraktoren). Bei der Ärzteschaft sind zudem nur die Spezialärztinnen und -ärzte betroffen. Als Spezialärzte werden alle Ärzte bezeichnet, welche nicht Allgemeinpraktiker, Internisten oder Pädiater sind.

- Von der Aufhebung sind alle Behandlungen dieser Berufszweige ausser Notfälle betroffen. Der Begriff des Notfalls wird relativ breit gefasst. Massgebend ist, was der Patient bzw. die Patientin als Notfall empfindet.
- Es besteht direkter Zugang zu allen Leistungserbringern mit Vertrag. Gatekeeper-Modelle bleiben freiwillig wählbaren alternativen Versicherungsmodellen vorbehalten.
- Die Messung von Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgt durch die Leistungserbringer bzw. ihre Fachverbände nach einem einheitlichen System und werden auch von diesen finanziert.
- Die Versicherer sind verpflichtet, die 50 Prozent mit der qualitativ besten Beurteilung unter Vertrag zu nehmen. Vertragsverweigerungen haben bei den 50 Prozent mit der qualitativ schlechtesten Bewertung zu erfolgen.
- Lassen sich keine klaren Bewertungen durch die Fachverbände vornehmen, sind die Versicherer frei, eigene Qualitätsbeurteilungen nach einem einheitlichen System vorzunehmen. Auch bei diesem System haben sie sich bei den Vertragsabschlüssen an die 50-50-Regel zu halten.

4.1.4 Modell D

Dieses Modell weist folgende Charakteristika auf:

- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bezieht sich auf den ambulanten Bereich.
- Es werden ausschliesslich Leistungserbringer davon erfasst, welche ohne ärztlichen Auftrag zu Händen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig werden können (Ärzterschaft, Hebammen, Chiropraktoren). Bei der Ärzteschaft sind zudem nur Ärztinnen und Ärzte betroffen, welche neu in die Praxis gehen wollen sowie Ärztinnen und Ärzte, welche das 65. Altersjahr erreicht haben.
- Alle anderen Eckpunkte entsprechen dem Modell C.

4.1.5 Modell E

Dieses Modell weist folgende Charakteristika auf:

- Der Versicherte wählt zwischen zwei Versorgungssystemen innerhalb der KVG-Grundversicherung:
 - o Modell A mit Care-Management-Netzwerk ohne Kontrahierungszwang,
 - o Modell B heutiges OKP-System (OKP = obligatorische Krankenpflegeversicherung), allenfalls mit dauerhafter Bedürfnisklausel mit grosszügigen Obergrenzen.
- Modell A erfasst neben sämtlichen ambulanten und stationären Behandlungen in der OKP-Versicherung auch kombinierte Lösungen¹, in denen der Arbeitgeber mit Anreizen (z.B. Übernahme eines Teils der OKP-Prämie) den Arbeitnehmern die Möglichkeit eröffnet, dass pro Versicherten (und gleichzeitig Arbeitnehmer) derselbe Versicherer sowohl die OKP-Versicherung wie auch die Lohnausfallversicherung durchführt.
- Die Zielvereinbarungen zwischen Netzwerk und Versicherer schliessen mindestens risikobereinigte OKP-Behandlungskosten wie auch Arbeitsunfähigkeiten und Invaliditäten ein. Für die Betreuung der Rentner werden geeignete Ersatzziele definiert.

¹ Das heisst, das KVG akzeptiert damit, dass die Wahlfreiheit des Krankenversicherers indirekt (durch Anreize) durch den Arbeitgeber beeinflusst wird, damit derselbe Versicherer für einen Versicherten OKP und die Lohnausfallversicherung gemäss KVG oder VVG durchführt.

- Das Netzwerk übernimmt in der Höhe von maximal 10% der erbrachten eigenen Leistungen finanzielle Mitverantwortung für die Erreichung der vereinbarten Ziele.
- Wer A wählt, kann jeweils nach 5 Jahren ohne Versicherungsvorbehalt zurück ins System B wechseln.²
- Notfälle in A: Massgebend ist, was der Patient bzw. die Patientin als Notfall empfindet. Doch für die Weiterversorgung nach der Erstuntersuchung/-behandlung ist sofort das Care-Management-Netzwerk zuständig.
- Wer A wählt und ohne Unterbruch im Managed-Care-System versichert bleibt, erhält einen Bonus. Der vorzeitige Wechsel ist ohne Vorbehalt möglich.
- Es gibt zwei Risikoausgleichssysteme: Eines unter den A-Modellen und eines unter den B-Versicherungen – aber keinen Risikoausgleich zwischen A und B-Ebene (anders als heute in KVG 62 Abs. 3 letzter Satz³ und KVV 101 c Abs. 2⁴).
- Die Nichtzulassung eines Leistungserbringers zu einem Care-Management Netzwerk ist nicht justizierbar, auch die Anwendung des Kartellgesetzes ist explizit ausgeschlossen.
- Die Vertragsfreiheit zwischen Care-Management Netzwerk und den Versicherern (also z.B. wenn ein Netz mit einem Versicherer keinen Vertrag abschliessen will) ist nicht justizierbar, auch die Anwendung des Kartellgesetzes ist explizit ausgeschlossen.

4.1.6 Modell F

Dieses Modell weist folgende Charakteristika auf:

- Der Versicherte wählt zwischen zwei Versorgungssystemen innerhalb der KVG-Grundversicherung:
 - o Modell A schliesst die Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich sowie die Versicherer ein, die in Verbandsverträgen systematisch⁵ höhere als die gesetzlichen Minimal-Anforderungen (KVG 43 Abs. 2 lit. d) bezüglich Qualität und Kosteneffizienz vereinbaren.
 - o Modell B entspricht der heutigen OKP-Regelung mit den minimalen gesetzlichen Anforderungen.
- Beitrittsvoraussetzung für das Modell A ist beispielsweise für Ärztinnen und Ärzte der Facharzttitel.
- Der Leistungserbringer beschränkt in A seine Untersuchungen und Behandlungen auf sein Fachgebiet gemäss TarMed-Dignitätsliste.
- Die vertraglichen Zielvereinbarungen beziehen sich bezüglich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit mindestens auf risikobereinigte OKP-Behandlungskosten, schliessen aber nicht zwingend auch Arbeitsunfähigkeiten und Invaliditäten ein.

² Analog Regelung Bonus-Modell.

³ Art. 62 Besondere Versicherungsformen, ... Abs. 3: «Der Bundesrat regelt Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.»

⁴ KVV 101 c, Abs. 2: «Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein.»

⁵ D.h. insbesondere Änderung von Art. 43 Abs. 2 lit. d. KVG, der bisher nur *ausnahmsweise* höhere vertragliche Voraussetzungen als die gesetzlichen erlaubt: «² Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich

....

d. zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36 – 40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).»

- Der Begriff des Notfalls wird in A relativ breit gefasst. Massgebend ist, was der Patient bzw. die Patientin als Notfall empfindet.
- Versicherte in A, die zu anderen Leistungserbringern gehen, oder die durch die zu A zugehörigen Leistungserbringer Untersuchungen oder Behandlungen ausserhalb dessen spezifischen Fachgebietes durchführen lassen, zahlen 40 Prozent der Rechnung bis zu einer nichteinkommensabhängigen Obergrenze selbst.
- Wer A wählt, kann jedes Jahr ohne Versicherungsvorbehalt zurück ins System B wechseln.
- Der Risikoausgleich erfasst auch den Unterschied zwischen den Ebenen der A- und B-Systeme (wie heute vorgeschrieben).
- Aus A ausgeschlossen werden können sowohl Leistungserbringer wie auch Versicherer (ein Leistungserbringer zum Beispiel, wenn er Kostenziele nicht erreicht, ein Versicherer z.B. wenn er keine validen Zahlen für Statistiken zu den Zielen liefert).
- Verweigerter Beitritt bzw. Ausschluss von Leistungserbringern und von Versicherern ist justiziabel (Rechtsweg: PVK-Schiedsgericht-EVG).

4.2 Analyse der Stärken und Schwächen der Varianten

Eine Analyse der Stärken und Schwächen der einzelnen Modellelemente findet sich sowohl bezüglich der Wirtschaftlichkeit als auch bezüglich der Qualität in der tabellarischen Aufstellung im Anhang I.

Einige Stärken und Schwächen seien hier aufgeführt:

Modell A:

- Dieses Modell dürfte die Vernetzung unter den Leistungserbringern am meisten fördern, weil die gesamte Behandlungskette durch eine gezielte Auswahl der Leistungserbringer beeinflusst werden kann.
- Eine Anhäufung von Notfall-Deklarationen aus tariflichen Gründen dürfte in diesem Modell kaum zu Kostensteigerungen führen, weil das Netzwerk auch das Notfall-Management sicherzustellen hat.
- Die Versicherer dürften wegen der verhältnismässig hohen tariflichen Sanktionierung ein Interesse an der Einhaltung der Versorgungssicherheit haben.
- Die Sicherstellung der Versorgungssicherheit durch Bundesstellen dürfte bessere Gewähr bieten, dass eine einheitliche Praxis entsteht. Ausserdem dürften kostendämpfende Effekte in diesem Fall eher durchzusetzen sein, weil Bundesstellen weniger dem Druck der direkten Volkswahl ausgesetzt sind als Kantonsregierungen.
- Die Gefahr der Risikoselektion durch die Versicherer ist in einem Modell, das die ganze Behandlungskette abdeckt, grundsätzlich als höher zu veranschlagen als in einem auf bestimmte Teilbereiche eingeschränkten Gestaltungsspielraum.
- Der Verwaltungsaufwand für die Ausarbeitung der Verträge dürfte sowohl für die Leistungserbringer als auch die Versicherer zunehmen. Er dürfte im Vergleich zu den Modellen B – D wegen der zu erwartenden Netzwerkbildung höher ausfallen, weil auch vertragliche Vereinbarungen zwischen den Netzwerken und den einzelnen Leistungserbringern zu formulieren sind.
- Bundesstellen vermögen regionale Besonderheiten bei der Definition der Versorgungssicherheit in der Regel weniger gut zu gewichten als die Kantonsbehörden.

Modell B:

- Das Modell erlaubt, das Denken in interkantonalen Versorgungsregionen zu fördern und damit Synergieeffekte zu realisieren.
- Die Vertragspartner erhalten einen relativ grossen Gestaltungsspielraum.
- Für das qualitativ beste Drittel der Leistungserbringer besteht ein Recht auf einen Vertragsabschluss. Qualitativ schlechtere Leistungserbringer geraten unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen im Vergleich zu Modell A vermehrt unter Druck. Eine Aufhebung des Vertragszwangs könnte dadurch zu einer qualitativ besseren Leistungserbringung führen.
- Das Modell bleibt auf den ambulanten Bereich beschränkt. Netzwerke können dadurch das Synergiepotential im stationären Bereich nur indirekt beeinflussen.

Modell C:

- Die Stellung der Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker wird gegenüber den Spezialärztinnen und -ärzten gestärkt.
- Das Modell erlaubt, den Verwaltungsaufwand der Vertragsausarbeitung für Leistungserbringer, welche nur auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag zu Lasten der OKP tätig werden können, auf dem bisherigen Niveau zu belassen.
- Die breite Notfall-Definition erlaubt es, von Verträgen ausgeschlossenen Leistungserbringern trotzdem zu Lasten der OKP tätig zu werden.
- Für die qualitativ bessere Hälfte der Leistungserbringer besteht ein Recht auf einen Vertragsabschluss. Die andere Hälfte weist im Vergleich zu Modell A eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, keinen Vertrag zu erhalten. Eine Aufhebung des Vertragszwangs könnte dadurch zu einer qualitativ besseren Leistungserbringung führen.
- Es besteht die Gefahr einer exzessiven Notfall-Definition, was zu entsprechenden Mehrkosten führen kann.
- Das Synergiepotential dürfte durch Netzwerke weniger ausschöpfbar sein als in Modell B.

Modell D:

- Das Modell erlaubt Ärztinnen und Ärzten, welche neu in die Praxis gehen, eine Alternative zur existierenden Bedürfnisklausel.
- Ärztinnen und Ärzte, welche das 65. Altersjahr erreicht haben, werden anderen öffentlich-rechtlichen Angestellten bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Unternehmen mit öffentlich-rechtlichem Auftrag gleichgestellt.
- Dieses Modell dürfte sich bei erheblicher Opposition gegen eine weitergehende Aufhebung des Vertragszwangs als Einstiegsmodell eignen. Das Modell entwickelt seine volle Wirkung langfristig gesehen auch dann, wenn eine weitergehendere Aufhebung des Vertragszwangs politisch nicht realisiert werden kann. Allerdings bedarf es dazu eines Zeitraums von rund 30 bis 40 Jahren.
- Mit diesem Modell besteht die Gefahr, dass die nach den neuesten Erkenntnissen ausgebildeten bzw. die erfahrensten Ärztinnen und Ärzte den Grundversicherten vorenthalten werden.

- Jungärztinnen und -ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, welche das 65. Altersjahr erreichen, werden gegenüber den anderen Ärztinnen und Ärzten ungleich behandelt.

Modell E:

- Der Vertragszwang wird in diesem Modell nicht aufgehoben.

Modell F:

- Der Vertragszwang wird in diesem Modell nicht aufgehoben.

4.3 Analyse der Anreize und Auswirkungen der Varianten

Eine Analyse der Anreize und Auswirkungen der einzelnen Modellelemente auf Leistungserbringer, Versicherer, Versicherte, Bund und Kantone findet sich in der tabellarischen Aufstellung im Anhang I.

Einige Anreize und Auswirkungen seien hier aufgeführt:

Modell A:

- Mit diesem Modell kann die Aufhebung des Vertragszwangs am weitgehendsten und konsequentesten realisiert werden. Dadurch können die erhofften positiven, aber auch negativen Auswirkungen am ehesten zum tragen kommen.

Modell B:

- Dieses Modell stellt die weitgehendste Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Bereich dar. Es lässt andererseits aber die Spitäler nicht ganz unberücksichtigt, weil auch die ambulanten Spitalbehandlungen von der Aufhebung des Vertragszwangs erfasst werden.

Modell C:

- Die relative Besserstellung der Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker gegenüber den Spezialärztinnen und -ärzten dürfte den Gatekeeper-Gedanken verstärkt aufkommen lassen.
- Das Modell erlaubt dagegen nicht, die qualitativ schlechteren Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker nach dem gleichen Schema auszusondern wie die Spezialärztinnen und -ärzte.

Modell D:

- Jungärztinnen und -ärzte dürften vermehrt dazu angehalten werden, sich Gedanken über ihre wirtschaftlichen und qualitativen Kompetenzen zu machen, um sich von den bisherigen Leistungserbringern bzw. den anderen Jungärztinnen und -ärzten zu differenzieren.

Modell E:

- Der Vertragszwang wird nicht aufgehoben. Die Leistungserbringer dürften kaum ein höheres Interesse an Kosteneindämmung in der OKP bekommen.

Modell F:

- Der Vertragszwang wird nicht aufgehoben. Die Leistungserbringer dürften kaum ein höheres Interesse an Kosteneindämmung in der OKP bekommen.

4.4 Analyse der Auswirkungen der Varianten auf Chronisch Kranke

Eine Analyse der Anreize und Auswirkungen der einzelnen Modellelemente auf Chronischkranke findet sich in der tabellarischen Aufstellung im Anhang I.

Einige Auswirkungen auf Chronisch Kranke seien hier aufgeführt:

Modell A:

- Die Gefahr der Risikoselektion und der direkten bzw. indirekten Ausgrenzung von Chronisch Kranken ist im weitgehendsten Modell unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen am grössten.
- Befürchtet werden muss insbesondere, dass Versicherer jene Leistungserbringer nicht mehr unter Vertrag nehmen, bei denen die höchste Anzahl ihrer Chronisch Kranken behandelt wird. Bei einer höheren Loyalität der Versicherten zum Arzt als zum Versicherer dürfte dieser seine kostenintensiven Versicherten durch eine solche Verhaltensweise zu einem Kassenwechsel bewegen können. Wenn alle Versicherer sich nach dem gleichen Muster verhalten, riskieren Chronisch Kranke, gar keine langjährige ärztliche und pflegerische Bezugspersonen mehr zu haben. Ein solches Szenario dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit zusätzliche Kosten für die OKP generieren, wenn die Gesundheitsversorgung dieser Leute nicht gefährdet werden soll (zusätzliche diagnostische und andere Leistungen, Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung, Erfahrungswerte).
- Diese Gefahr dürfte insbesondere dann zunehmen, wenn die Bundesstellen wegen ihres kaum existierenden Wiederwahl-Drucks der Durchsetzung der Versorgungssicherheit nicht die entsprechende Beachtung schenken.

Modell B:

- Die Gefahr der Risikoselektion bezieht sich in diesem Modell in erster Linie auf den ambulanten Bereich. Für viele Chronisch Kranke ist jedoch gerade die erste ambulante Anlaufstelle jene Stelle, mit der sie am meisten Kontakt haben.
- In diesem Modell wird jedoch im Vergleich zu Modell A vorgekehrt, dass das Drittel der Leistungserbringer mit den qualitativ besten Werten ein Recht auf einen Vertragsabschluss hat. Dadurch dürften insbesondere jene Chronisch Kranke von der Aufhebung des Vertragszwangs betroffen sein, bei denen der behandelnde Arzt qualitativ im untersten Drittel eingestuft worden ist.

Modell C:

- Oft haben Chronisch Kranke nicht nur zu ihrem Allgemeinpraktiker/ ihrer Allgemeinpraktikerin, sondern auch zu ihren Spezialärztinnen und -ärzten eine intensive Arzt-Patienten-Beziehung. In diesem Sinn besteht die Gefahr der Risikoselektion auch in diesem Modell weiterhin.
- In diesem Modell wird jedoch ähnlich wie im Modell B vorgekehrt, dass die Hälfte der Leistungserbringer mit den qualitativ besten Werten ein Recht auf einen Vertragsabschluss hat. Ob diese Variante im Vergleich zu Modell B geringere negative Auswirkungen aufweist, hängt davon ab, welche Qualität die heutigen die Chronisch Kranken behandelnden Leistungserbringer im Vergleich zu den anderen Leistungserbringern aufweisen. Analog lässt sich bei allfälligen qualitätssteigernden und anderen positiven Auswirkungen argumentieren.

Modell D:

- Die negativen Auswirkungen auf die Chronisch Kranken dürften insbesondere im Bereich der Jungärztinnen und -ärzte gering sein, weil diese bereits heute über keine eigenen Verträge verfügen.

- Bei den Ärztinnen und Ärzten, welche das 65. Altersjahr erreichen, könnte andererseits angeführt werden, dass gerade bei diesen die längste Arzt-Patienten-Beziehung zerstört werden könnte, weil diese Ärztinnen und Ärzte unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen am längsten praktizierend tätig sind.

Modell E:

- Chronisch Kranke weisen in der Regel kein oder nur ein geringes Einkommen auf und können daher schneller in finanzielle Notlagen kommen als andere Bevölkerungsteile. Dadurch können sie aus ökonomischen Gründen gezwungen sein, ihre langjährigen ärztlichen und pflegerischen Betreuungspersonen aufzugeben, weil sie die Mehrprämie nicht zu bezahlen vermögen. Es kann somit ein ähnlicher Risikoselektionseffekt eintreten wie bei der Aufhebung des Vertragszwangs.

Modell F:

- Aus analogen Gründen wie bei Modell E kann es Chronisch Kranken schwer fallen, die Variante mit den qualitativ besten Leistungserbringern zu wählen. Gerade Chronisch Kranke dürften aber vielfach auf eine spezielle Qualität der Behandlung angewiesen sein.

4.5 Umsetzung der Varianten in der Gesetzgebung

Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen wurden in Gruppenarbeiten zu jedem der präsentierten Denkmodelle offene Fragen formuliert, welche im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses beantwortet werden sollten. Zu jeder dieser offenen Fragen wurden von den Gruppen Ideen für mögliche Lösungsansätze formuliert. Sie werden im folgenden in der Reihenfolge der oben genannten Modelle dargestellt. Fragen, welche bei mehr als einem Modell auftauchten, wurden aus Gründen der Leserlichkeit nicht mehrmals aufgeführt.

Die detaillierte Ausarbeitung eines Gesetzestextes würde die im Rahmen dieser Arbeit zur Verfügung stehenden Ressourcen sprengen.

4.5.1 Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell A

Mindestens folgende wichtige offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge lassen sich bei Modell A anführen:

Tabelle 1: Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell A

| Offene Fragen | Lösungsansätze |
|---|--|
| o Gibt es ein Genehmigungsverfahren für Netzwerke? Wenn ja: durch wen erfolgt dieses? | Ja. Verträge von Netzwerken mit einzelnen Leistungserbringern bzw. Versicherern bedürfen der Genehmigung durch den Kanton (bei interkantonaem Vertrag durch mehrere Kantone). Im Vergleich zum Ist-Zustand dürfte sich dabei das Genehmigungsverfahren vermehrt mit der Frage auseinandersetzen, ob die Versorgungssicherheit gewährleistet ist. |
| o Kann ein Verband auf Versicherer- bzw. auf Leistungserbringerseite noch Vertragspartner sein? | Ja, allerdings sollten solche Verträge weiterhin nicht zwingender Natur sein. Verbandsmitglieder müssten den Verträgen also explizit beitreten. Diese Regelung kann insbesondere bei nichtärztlichen Leistungserbringern auch aus Effizienzgründen sinnvoll sein. |
| o Können Krankenversicherer/ Leistungserbringer an mehreren Netzwerken beteiligt sein? | Ja, für Krankenversicherer dürfte dies teilweise sogar zwingend sein, um die Versorgungssicherheit ihrer Versicherten zu gewährleisten. |
| o Wie wird das Verhältnis zwischen Netzwerk und Leistungserbringer ausgestaltet? Soll dafür eine Regelung im KVG getroffen werden? Wer genehmigt den Tarif (Bund/ Kanton)? Wer ist die Überprüfungsinstanz? Gibt es im Falle von Rechtsstreitigkeiten ein schnelles Verfahren oder ein ordentliches Verfahren mit vorsorglichen Massnahmen? | Regelung im KVG: dabei ist insbesondere zu klären, welchen Anforderungen ein Netzwerk zu genügen hat und wie sich dieses vom Versicherer bzw. von einzelnen Leistungserbringern abgrenzt. Die Tarifgenehmigung soll bei kantonalen Verträgen wie heute bei den Kantonsbehörden, bei nationalen Verträgen beim Bundesrat liegen. In Analogie zur Rechtssprechung im Bereich der Spitalplanungen und –listen wird dem ordentlichen Verfahren mit vorsorglichen Massnahmen der Vorzug gegeben. Denn es geht auch hier um Fragen der Versorgungssicherheit, welche durch einen schnellen Entscheid unter Umständen irreversibel beeinträchtigt werden. |
| o Sollen ambulante und stationäre Leistungserbringer nach den analogen Kriterien behandelt werden? | Ja, das gebietet das Gebot der Gleichbehandlung und der Systemkohärenz. |
| o Wenn die Aufhebung des Vertragszwangs auch bei Notfällen zur Anwendung kommt: wer garantiert dann die Sicherheit der Patientinnen und Patienten? | Grundsätzlich ist es Sache des Netzwerks, die Notfall-Versorgung sicher zu stellen. Möglich bleibt ausserdem das nachträgliche Visieren durch den ärztlichen Gatekeeper (beispielsweise im Fall eines akuten Myokardinfarkts). |

| Offene Fragen | Lösungsansätze |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> o Wenn ein Leistungserbringer keinen Vertrag mit einem Versicherer hat: welcher Tarif kommt im Notfall zur Anwendung? | <p>Dafür sollte ein Ersatztarif festgelegt werden, welcher nicht so hoch ausfallen darf wie die vertraglich vereinbarten Preise. Damit dürfte vermieden werden können, dass aus tariflichen Gründen häufiger Notfall-Behandlungen deklariert werden. Im Idealfall wird dieser Ersatztarif zwischen Netzwerk und den Notfall behandelnden Leistungserbringern vertraglich vereinbart. Wo dies nicht der Fall ist, sollte die Tarifgenehmigungsinstanz den Tarif festlegen.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> o Wenn ein Versicherter unterschiedliche Wohn- und Arbeitsorte aufweist: Hat er sich an unterschiedlichen Netzwerken am Wohn- und am Arbeitsort einzuschreiben? Wie wird die heutige diesbezügliche Wahlfreiheit beibehalten? | <p>Der Versicherte hat sich zu entscheiden, wo er sein Netzwerk haben will. Die restlichen Leistungen sind über eine geeignete Notfall-Versorgung sicher zu stellen. Die Wahlfreiheit wird in diesem Sinn eingeschränkt.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> o Gibt es geographische Grenzen der Behandlung von Notfällen für Netzwerke? Wenn ja: wo beginnen diese, wo hören sie auf? | <p>Anzustreben ist ein eigenes Notfall-Management im Netzwerk. Subsidiär bleibt ein nachträgliches Visieren durch den ärztlichen Gatekeeper möglich.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> o Welches Interesse haben Leistungserbringer in einem solchen System, einen Vertrag abzuschliessen? | <p>Andernfalls riskieren sie, keinen Vertrag zu bekommen bzw. weniger Patientinnen und Patienten behandeln zu können.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> o Was geschieht, wenn sich keine Netzwerke bilden? | <p>Eine Netzwerkbildung ist nicht zwingend, aber wahrscheinlich. Die Aufhebung des Vertragszwangs soll die Möglichkeit offen lassen, dass sich auch andere Selektionsarten für die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherern ergeben.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> o Was geschieht, wenn sich nur ein Netzwerk bildet und damit ein regionales Monopol entsteht? Handelt es sich dann um einen Verstoß gegen das Kartellgesetz oder kommt eine Sonderregelung im KVG zum tragen? | <p>Je nach Region dürfte dies unter Umständen nicht zu vermeiden sein. Besteht ein Monopol mit Missbrauch, sollte die Wettbewerbskommission angerufen werden können. Ist dies nicht der Fall, soll letztinstanzlich der Bundesrat, das Eidgenössische Versicherungsgericht oder eine nationale Kommission bei Streitigkeiten die Modalitäten festlegen (z.B. Preisfestlegung im Benchmark mit vergleichbaren Akteuren in vergleichbaren Regionen ohne Monopol).</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> o Wie werden die Versicherten informiert? Geschieht dies ausschliesslich durch die Versicherer oder auch durch die Leistungserbringer? Wie oft und konkret wird über was informiert? | <p>Die Versicherten werden regelmässig informiert. Das kann durch Leistungserbringer und Versicherer, aber auch durch Konsumenten-, Patienten- oder andere Organisationen erfolgen. Diesbezüglich hat der Ständerat im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG bereits erste Vorlagen geliefert (Art. 7a Informationspflicht des Krankenversicherers; evt. Art. 41a Informationspflicht der Leistungserbringer).</p> |

| Offene Fragen | Lösungsansätze |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">o Welchen Anteil hat der Grundversicherer zu übernehmen, wenn der Versicherte einen netzwerkfremden Leistungserbringer aufsucht bzw. wenn er einen netzwerkeigenen Leistungserbringer, aber unter Umgehung des Gatekeepers aufsucht? Gibt es einen «Sockelbeitrag» des Grundversicherers für solche Versicherte, die sich eine Zusatzversicherung «freie ambulante Arztwahl» kaufen? o Welche Umsetzungs-/ Übergangsfristen gibt es? | <p>Die Mehrheit der Arbeitsgruppe empfiehlt, einen «Sockelbeitrag» zu gewähren. Grundsätzlich stehen in diesem Fall mindestens zwei Möglichkeiten zur Auswahl: ein abgestuftes System (beim ersten «Vergehen» wird alles übernommen, beim zweiten Mal nur noch ein bestimmter Prozentsatz und beim dritten Mal ein noch niedrigerer Prozentsatz) oder ein fixes System (ein bestimmter Prozentsatz wird übernommen).</p> <p>Angestrebt werden soll ein stufenweises Vorgehen, was bedingt, dass mit der Informationsvermittlung möglichst früh begonnen wird. Die detaillierten Umsetzungs- und Übergangsfristen sollten andererseits auch nicht zu lange sein, um bei den Vertragsparteien nicht zu grosse Verschiebegelüste zu wecken.</p> |

4.5.2 Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell B

Mindestens folgende wichtige offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge lassen sich bei Modell B anführen:

Tabelle 2: Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell B

| Offene Fragen | Lösungsansätze |
|---|--|
| o Sind alle ambulanten Leistungserbringer bzgl. eines Vertragsausschlusses nach den analogen Kriterien zu behandeln? | Ja, das gebietet das Gebot der Gleichbehandlung und der Systemkohärenz. |
| o Welche Massnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Versicherten werden getroffen, wenn es bereits heute einen Mangel statt eines Überangebots an bestimmten Leistungserbringern gibt? | Grundsätzlich kann eine heute existierende Versorgungslücke nicht der Aufhebung des Vertragszwangs angelastet werden. Denkbar wäre aber, dass Versicherer explizit Verträge mit ausserkantonalen Leistungserbringern abschliessen. |
| o Wie wird der Tendenz zu vermehrten stationären Aufenthalten von ambulant aufwändigen Patientinnen und Patienten entgegengewirkt? | Dieser Tendenz vorzubeugen ist unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen in erster Linie Aufgabe kantonaler Spitalplanungen und -listen. |
| o Was passiert, wenn sich die Vertragspartner nicht auf eine Notfall-Definition einigen können? | In diesem Fall legt der Bund eine gesamtschweizerisch einheitliche Definition fest. |
| o Wer definiert die Versorgungsregionen, wer die Versorgungssicherheit? | Entweder der Bund (top-down-Ansatz) oder die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)* (partnerschaftlicher Ansatz). |
| o Wer beaufsichtigt den Vollzug und die Zusammenarbeit zwischen und innerhalb der Versorgungsregionen? | Bund oder SDK |
| o Wer genehmigt die Tarifverträge? Wer ist die Überprüfungsinstanz? | Bund oder SDK Letztinstanzlich Bund |
| o Kann man noch von einer Aufhebung des Vertragszwangs sprechen, wenn für ein Drittel der Leistungserbringer von Seiten der Versicherer eine Vertragspflicht besteht? | Ja, denn im Vergleich zur Ist-Situation handelt es sich für zwei Drittel der ambulanten Leistungserbringer um eine Aufhebung des Vertragszwangs. |
| o Welche Möglichkeiten haben kleine Versicherer mit dem qualitativ besten Drittel der Leistungserbringer einen Vertrag abzuschliessen? | Sie können Einzelverträge oder über Einkaufsgesellschaften mit anderen (kleineren) Versicherern Verträge abschliessen. Solche Einkaufsgesellschaften gibt es teilweise bereits heute. |

* heute: Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

4.5.3 Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell C

Mindestens folgende wichtige offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge lassen sich bei Modell C anführen:

Tabella 3: Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell C

| Offene Fragen | Lösungsansätze |
|---|---|
| o Welche Definition des Grundversorgers gilt bei Gatekeeper-Modellen, welche bei anderen Modellen? | Vgl. Anhang II |
| o Sind Hebammen und Chiropraktoren Grundversorgerinnen und Grundversorger? | Nein (vgl. Begründung unter Punkt 5.) |
| o Welche Vorkehrungen werden getroffen, damit die Versicherten im Notfall bedarfsgerecht zum Spezialarzt/ zur Spezialärztin gehen können? | Netzwerke/ Gatekeeper-Instanzen haben zwingend Notfall- und Bereitschaftsdienste zu erstellen, welche entsprechende Zuweisungen vornehmen können. Denkbar sind dafür beispielsweise Call Centers. |
| o Welche Finanzierungsregelungen bestehen bei qualitätssichernden Massnahmen, von denen auch Nicht-Verbandsmitglieder profitieren? | Nicht-Verbandsmitglieder können an den Ausarbeitungskosten so angemessen beteiligt werden, dass Trittbrettfahrerverhalten möglichst weitgehend ausgeschlossen werden kann. |
| o Wie können die Versicherer bei unklaren Bewertungen der Fachverbände eigene Qualitätsbeurteilungen vornehmen? | Sie können durch externe Dritte oder eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insbesondere aus dem vertrauensärztlichen Dienst, allenfalls in Zusammenarbeit mit Konsumenten-, Patienten- und Versichertenorganisationen, Stichproben durchführen. |

4.5.4 Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell D

Mindestens folgende wichtige offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge lassen sich bei Modell D anführen:

Table 4: Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell D

| Offene Fragen | Lösungsansätze |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">o Wer entscheidet, nach welchen Kriterien Jungärztinnen und -ärzten ein Vertrag gegeben wird? | Im Rahmen der Vertragsfreiheit entscheiden dies unter Einhaltung der Versorgungssicherheit die potentiellen Vertragspartner, also Jungärztinnen und -ärzte sowie Versicherer. |
| <ul style="list-style-type: none">o Was geschieht mit den vertraglich vereinbarten/ den staatlich festgelegten Preisen im Falle einer Praxisübergabe an Jungärztinnen und -ärzte? Bleiben die Preise die gleichen oder müssen sie neu ausgehandelt werden? | Es erfolgt eine neue Aushandlung, denn der Vertrag wurde mit dem Leistungserbringer und nicht mit der Praxis abgeschlossen. |

4.5.5 Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell E

Mindestens folgende wichtige offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge lassen sich bei Modell E anführen:

Tabelle 5: Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell E

| Offene Fragen | Lösungsansätze |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Welche Erfolgs- (Gewinn-/Verlust-) Beteiligung soll vorgesehen werden? | <p>Diese Frage sollten die Vertragspartner untereinander lösen, denn sie steht in engem Zusammenhang mit den vertraglich zu vereinbarenden Tarifen. Denkbar wäre beispielsweise eine Gewinn-/Verlustbeteiligung, welche Versicherer und Leistungserbringer gemeinsam tragen.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Welche Vorkehrungen werden getroffen, dass plötzlich auftauchende grössere Ereignisse wie beispielsweise Epidemien die Gesundheitsversorgung nicht an unrealistischen Budgetlimiten scheitern lassen? | <p>Auch diese Frage sollten die Vertragspartner miteinander lösen. Denkbar wäre beispielsweise eine Rückversicherung für Schadenereignisse, wobei der zu tragende Selbstbehalt ebenfalls noch zu definieren wäre.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten in einem solchen Netzwerk erreicht werden? | <p>Der organisierten Information kommt eine besondere Bedeutung zu, damit eine gemeinsame Entscheidung gefällt werden kann. Dies zeigen auch Erfahrungen der heute existierenden Netzwerke.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kommt es durch ein solches Modell nicht zu einer Zweiklassenmedizin? | <p>Eine Zweiklassenmedizin gibt es heute schon. Die Frage ist nur, ob sich eine solche mehr innerhalb der Sozialversicherung oder zwischen Sozial- und Privatversicherung abspielt.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wer finanziert die Ausarbeitung von Behandlungsstandards? Welche Arbeiten der Medizin können «geregelt» werden? | <p>Im Rahmen einer risikogewichteten Capitation bekommen die Gatekeeper von sich aus ein Interesse an Standards. Um Standards nicht zu rigoros anzuwenden, bedarf es insbesondere geeigneter Aus- und Weiterbildung des damit arbeitenden Personals. Triage-Funktionen sollten die bestausgebildeten und erfahrendsten Personen übernehmen. Standards gibt es bereits heute. Es entstehen auch immer wieder neue, sie sind periodisch den neuesten Erkenntnissen anzupassen.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wie kann sichergestellt werden, dass in einem solchen Modell das Fallmanagement professionell verläuft? | <p>Durch den Einbezug der Taggelder in das System dürfte ein «natürlicher Druck» entstehen, ganzheitliches Fallmanagement zu betreiben, weil vermehrt Überlegungen hin zu Gesamtkostenbetrachtungen möglich werden.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wie kann die Wahlfreiheit der Versicherten gegenüber dem Druck des Arbeitgebers sichergestellt werden? | <p>Die Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung kann mit der Wahl- und damit der Wechselmöglichkeit des Arbeitnehmers verbunden bleiben.</p> |

| Offene Fragen | Lösungsansätze |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Wie kann der Datenschutz gegenüber dem Arbeitgeber sichergestellt werden? | <p>Denkbar ist eine obligatorische Taggeldversicherung ohne Risikoselektionsmöglichkeit über die Aufnahme. Damit entfällt auch die medizinische Eintrittsuntersuchung.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wie kann verhindert werden, dass die Prämien der obligatorischen Taggeldversicherung risikogerecht ausgestaltet werden, aber trotzdem keine indirekte Risikoselektion stattfinden kann? | <p>Eine Verbesserung des Risikoausgleichs kann hier einen Beitrag leisten.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wie werden Familienangehörige, Arbeitslose mitberücksichtigt? | <p>Wer ohne Erwerbsarbeit ist, soll nicht dazu gezwungen werden, einer Taggeldversicherung beizutreten. Es entstehen dadurch aber auch keine Leistungsansprüche.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sind in einem solchen Modell Zusatzversicherungen überhaupt noch möglich? | <p>Bereits heute werden solche Zusatzversicherungsprodukte angeboten. Dabei bleibt die Steuerungskomponente erhalten, die Behandlung im Privatspital bzw. die Behandlung durch einen Chefarzt/ eine Chefarztin in einem bestimmten Spital aber möglich.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sollten nicht auch die UVG- bzw. die IVG-Behandlungen und Taggelder durch das neue System erfasst werden? | <p>Dies erscheint in einem ersten Schritt nicht sinnvoll, weil die einzelnen Versicherungszweige unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. Ausserdem stellt sich beim Einbezug dieser Sozialversicherungszweige auch die Frage der Prämiengestaltung in höherem Ausmass, weil dort andere Systeme vorherrschen.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Braucht es zwei verschiedene Risikoausgleichssysteme zwischen A bzw. B? Würde nicht eines genügen? | <p>Ein Verzicht auf jeglichen Risikoausgleich dürfte die Risikoselektions-Bestrebungen der Versicherer erhöhen. Ein einziger Risikoausgleich könnte verstärkt dazu führen, dass Versicherte, welche bereit sind, auf den Vertragszwang zu verzichten und sich durch ein Case-Management betreuen zu lassen, ihren Versicherer unter Umständen mehr Beiträge in den Risikoausgleich kosten, als dieser an reduzierten Prämien einnimmt.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Welche Kriterien sollen im Rahmen der Vertragsfreiheit angewendet werden? Welche gerichtliche Prüfung wäre vorzusehen? | <p>Es kann von den gleichen Ansätzen ausgegangen werden, wie sie bereits in den Modellen A bis D formuliert worden sind. Grundsätzlich können zur gerichtlichen Prüfung sowohl das Kartellgesetz bzw. das Gesetz über den unlauteren Wettbewerb als auch das KVG mit der entsprechenden Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts herangezogen werden.</p> |

4.5.6 Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell F

Mindestens folgende wichtige offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge lassen sich bei Modell F anführen:

Table 6: Offene Fragen und mögliche Lösungsvorschläge zu Modell F

| Offene Fragen | Lösungsansätze |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Welche Anreize gibt es für die Versicherten? | Für ein qualitativ besseres Angebot muss eine höhere Prämie bezahlt werden. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wie wird in einem solchen Modell überhaupt gespart? | Der Preis für die qualitativ besseren Angebote dürfte unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen zunehmen. Es ist mindestens fraglich, ob die Menge der zu verrechnenden Leistungen wegen der qualitativ besseren Behandlungen abnimmt und die preisliche Kostenkomponente mehr als zu kompensieren vermag. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Welche Anreize bestehen für die Leistungserbringer? | Wenn viele Versicherte das qualitativ bessere Modell wählen, kann ein Druck zur Qualitätsverbesserung entstehen. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ist Managed Care in einem solchen Modell überhaupt möglich? | Es sind qualitativ hochwertige Netzwerke denkbar, welche sich in Modell A anbieten. Alternativ vorstellbar ist auch, dass die Unterteilung in die zwei Modelle auch im Rahmen der heutigen Regelung des KVG eingeführt wird und damit auch bei den Versicherungsformen mit freiwillig eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer realisiert werden. In diesem Fall könnte beispielsweise ein qualitativ hochwertiges Gatekeeping angeboten werden. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Soll das qualitativ höherwertige Modell auch für Nicht-Verbandsmitglieder zulässig sein? | Qualität ist nicht eine Frage der Verbandszugehörigkeit. Denkbar ist allerdings, dass bei einer allfälligen Evaluation solcher Leistungserbringer mit Branchenverbands-Instrumenten eine verhältnismässige Sondergebühr für Nicht-Verbandsmitglieder erhoben wird, wenn der Branchenverband die entsprechende Entwicklung des Instruments (mit-) finanziert hat. |

4.5.7 Reaktionen zu den einzelnen Modellvorschlägen

Die oben dargestellten Vorschläge figurierten im Zwischenbericht per 24. Januar 2003 zu Händen der Steuergruppe «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision». Anlässlich ihrer Sitzung vom 30. Januar 2003 beschloss die Steuergruppe unter dem Vorsitz von Herrn Bundespräsident Pascal Couchepin:⁶

- Das aktuelle Modell der Ständeratskommission («Kantonaler Bedarf») wird in die Abklärungen einbezogen.
- Die weitere Arbeit soll sich weniger auf Modelle als auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Vertragsfreiheit konzentrieren. Was braucht es, damit marktähnliche Verhältnisse entstehen können? Wie werden die Anreize bei allen Akteuren richtig gesetzt? Braucht es Kartellbestimmungen im KVG? Wie wird die Versorgung – als öffentliche Aufgabe – sichergestellt?
- Die Modelle «Wahl mit oder ohne Managed Care» und «Wahl mit oder ohne höhere Anforderungen» treten damit in den Hintergrund.

Am 12. Februar 2003 morgens führte die Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Managed Care ein Hearing mit Herrn Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie an der Universität zu Köln durch. Bei der Auswertung des Hearings nannten die Arbeitsgruppen-Mitglieder folgende Punkte, die sie jeweils als ihren wichtigsten für die kommenden Arbeiten weiter zu verfolgenden Aspekt bezeichneten:

- Es sollte diskutiert werden, ob die Aufhebung des Vertragszwangs den Zweck der Qualitätsverbesserung verfolgen sollte (4 Nennungen).
- Es braucht einen perfekten Risikoausgleich. Der Hochrisikopool genügt nicht.
- Soll mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs ein Qualitäts- oder ein Kostenwettbewerb verfolgt werden?
- Soll die Versorgungssicherheit durch eine Behörde sichergestellt werden und nicht in jedem Kanton durch eine andere?
- Welche Anreize können für den Vertragsabschluss gesetzt werden, damit nicht wie im heutigen KVG der eigentliche Ausnahmezustand zur Regel wird?

Am 12. Februar 2003 nachmittags fand eine öffentliche Informationsveranstaltung des EDI in der BEA in Bern statt. Anlässlich des Workshops zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs, an dem verschiedene Exponentinnen und Exponenten des schweizerischen Gesundheitswesens teilnahmen, wurde fast einhellig die Meinung vertreten, dass wenn man sich schon auf die Aufhebung des Kontrahierungszwangs einlasse, diese dann auch vollständig zu geschehen habe. Es sollte demnach nicht nur der ambulante, sondern auch der stationäre Bereich von der Aufhebung betroffen sein. Unterschiedlich äusserten sich die Exponentinnen und Exponenten jedoch bezüglich der Hauptzielsetzung. Während von Kostenträgerseite her tendenziell eher die Kostenwachstumseindämmung im Vordergrund stand, sahen die Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen und Leistungserbringern die Hauptzielsetzung eher in der Qualitätsverbesserung. Im Rahmen einer Konsultativ-Abstimmung über die Planungshoheit sprachen sich je rund ein Drittel der anwesenden Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer für eine Bundeskompetenz, für die Planung im Rahmen von vorgegebenen Versorgungsregionen von 1.0 bis 1.5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern bzw. für eine kantonale Planung aus.

Anlässlich ihrer Arbeitsgruppen-Sitzung vom 25. Februar 2003 befasste sich die Kommission mit der Analyse des Vorschlags der Ständerats-Kommission (vgl. Text im Anhang III). Die Arbeitsgruppe stellte

⁶ Entscheidprotokoll vom 30. Januar 2003, Seite 1.

fest, dass sich dieses Modell am nächsten beim oben skizzierten Modell B befindet. Aus diesem Grund empfiehlt sie den Parlamentsmitgliedern, die unter diesem Modell dargestellten Fragen für ihr eigenes Modell zu beantworten. In Ergänzung dazu stellten sich der Arbeitsgruppe folgende weiteren Fragen:

Tabelle 7: Offene Fragen zum Modell SGK-Ständerat gemäss Anhang III

Offene Fragen

- Welche Regelung kommt zur Anwendung, wenn keine Verträge zustande kommen? (Eine entsprechende Regelung fehlt.)
 - Welche Vorkehrungen werden getroffen, damit bei einer ausschliesslichen Aufhebung im ambulanten Bereich nicht mehr und unnötige Verschiebungen aufwendiger Fälle in den stationären Bereich erfolgen?
 - Was versteht man unter einem Netzwerk? Wie wird die marktbeherrschende Stellung eines solchen Netzwerks definiert?
 - Wie wird sichergestellt, dass bei der ambulanten Planung der Kantone die tatsächlich tätige Anzahl Leistungserbringer erfasst wird (und nicht eine fiktive Zahl wie bei der Formulierung der Vorgaben für den Zulassungsstop)?
 - Wer definiert die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität bzw. die Prinzipien dazu?
 - Soll wirklich jeder Leistungserbringer die Versicherten vor einer Behandlung informieren müssen, wenn sie für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen dürfen? Ist dies nicht Aufgabe des Krankenversicherers?
 - Welche Regelungen gelten für den Notfall? Wie wird ein Notfall definiert?
 - Macht es Sinn, dass auch kleinere Versicherer in jedem Kanton Verträge über die Zulassung mindestens in der vom Kanton festgelegten Anzahl Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 1 quater abschliessen müssen? Oder könnten sich solche Versicherer gemäss ihrem Marktanteil auch mit einer Teilmenge davon begnügen?
 - Warum soll ein Versicherer beim Abschluss von Verträgen jene Leistungserbringer bevorzugen müssen, welche in Netzwerken aktiv sind, wenn das Netzwerk mit dem Versicherer vertraglich eine Budgetverantwortung vereinbart hat? Warum wird den Versicherern nicht Vertragsfreiheit gewährt?
 - Sollte nicht wenigstens im Rahmen der Materialien klargestellt werden, dass sich die Budgetverantwortung nicht zwingend auf die Übernahme des gesamten Risikos beziehen muss? Oder ist genau das Gegenteil gemeint, dass die Netzwerke die Versicherungsfunktion übernehmen?
 - Wie wird die Langjährigkeit, das Alter und das Leiden der versicherten Person konkret definiert, um als Sonderfall zu gelten? Was geschieht mit jungen Chronischkranken?
 - Welche Vorkehrungen werden im Rahmen des Risikoausgleichs getroffen, damit diese Sonderregelung nicht weitere Risikoselektionstendenzen zur Folge hat? Welche Verbesserungen am Risikoausgleich werden generell mit der Aufhebung des Vertragszwangs verbunden?
 - Sollte nicht der Bund gewisse minimale Bandbreiten zur Planung der ambulanten Versorgung gemäss Art. 35 Abs. 1 quater vorgeben?
 - Soll der Entscheid des kantonalen Schiedsgerichts wirklich die letzte schweizerische Instanz sein? Wie beurteilt der Ständerat die Möglichkeit, dass diese Streitigkeit vom Gerichtshof für Menschenrechte als zivilrechtliche Streitigkeit angesehen werden könnte, was zur Folge hat, dass der Rechtsweg direkt von einer kantonalen Schiedskommission unter Umgehung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nach Strassburg führt?
 - Wenn nach Art. 35 Abs. 1 sexies eine Kündigung des Vertrags ausgeschlossen ist, Versicherer und Leistungserbringer sich aber nicht einig werden über die zu bezahlenden Preise: sollte dann nicht eine Kündigungsmöglichkeit vorgesehen werden? Und: Sollte dann nicht die Kantonsregierung ersatzweise einen Tarif festsetzen?
 - Welches Übergangsbestimmungsrecht gilt, wenn es zu Rechtsstreitigkeiten kommt: ist der Leistungserbringer mindestens bis zum rechtsgültigen Entscheid zugelassen oder nicht?
 - Gehört Art. 35 Abs. 1 lit. b rechtssystematisch nicht eher ins Umfeld von Art. 25 KVG? (Dafür könnte beispielsweise angeführt werden, dass Krankenversicherer nicht Zulassungsbehörden sind.)
-

4.6 Welche Organisationen/ Verbände/ Behörden begrüssen/ bekämpfen welche Varianten?

Die Modelle A bis D wurden anhand der Bewertung der einzelnen Grundelemente durch die Arbeitsgruppen-Mitglieder vom Experten erstellt. Die Modelle E und F sind vom Vertreter der FMH nach dem gleichen Prinzip erarbeitet worden. Alle anderen Arbeitsgruppen-Mitglieder hatten keine eigenen Modelle vorgeschlagen, obwohl auch sie die Möglichkeit dazu hatten.

Bei allen Modellen war für die Mitglieder der Arbeitsgruppe klar, dass zwar die integralen Modelle zu bewerten sind, jedoch in ihren Augen einzelne Elemente ausgetauscht oder modifiziert werden können.

Im Rahmen einer Richtungsabstimmung erhielten alle Arbeitsgruppen-Mitglieder jeweils zwei Punkte, um persönliche Präferenzen bei den skizzierten Modellen zum Ausdruck zu bringen. Dabei wurde ein zweistufiges Abstimmungsverfahren durchgeführt. Im ersten Durchgang konnten zwei Punkte auf alle diskutierten Modelle A bis F verteilt werden, im zweiten Durchgang nur noch auf die Modelle A bis D, welche implizit eine mehr oder weniger starke Aufhebung des Vertragszwangs vorsehen. Das Abstimmungsprozedere war den Arbeitsgruppen-Mitgliedern vor der ersten Punkteverteilung bekannt. Die Resultate lassen sich auf folgende Art darstellen:

Tabelle 7: Richtungsabstimmung unter den Arbeitsgruppen-Mitgliedern

| | Anzahl Punkte in der 1. Abstimmung | Anzahl Punkte in der 2. Abstimmung |
|-----------------|---|---|
| Modell A | 7 | 9 |
| Modell B | 3 | 4 |
| Modell C | 4 | 4 |
| Modell D | 1 | 5 |
| Modell E | 9 | nicht einbezogen |
| Modell F | 2 | nicht einbezogen |

Im Anschluss an die weiteren Diskussionen wurde den einzelnen Arbeitsgruppen-Mitgliedern anhand eines vorgegebenen Fragenkatalogs die Möglichkeit gegeben, die Stellungnahme ihrer Organisationen darzustellen. Die Stellungnahmen wurden vollumfänglich übernommen und finden sich im Anhang IV.

Auf der Basis jenes Modells, das am meisten Stimmen erhielt, wurde versucht, ein Hauptvorschlag zu entwickeln.

Die bisherigen Arbeiten wurden im Rahmen der anderen Expertentätigkeiten zur 3. KVG-Revision insbesondere mit jenen im Bereich der Arbeitsgruppe Spitalfinanzierung verglichen. Es zeigte sich, dass insbesondere der Frage des Einbezugs des Kartellgesetzes in die Diskussion um die Aufhebung des Vertragszwangs noch verstärktes Gewicht beigemessen werden sollte. Der Referent des Sekretariats der Wettbewerbskommission, Herr Frank Stüssi, wies im Rahmen eines längeren Telefongesprächs mit dem Experten insbesondere auf folgende Voraussetzungen hin, welche erfüllt sein müssen, damit das Kartellgesetz zur Anwendung kommen kann:

- Das Kartellgesetz gilt gemäss Art. 2 Abs. 1 sowohl für Unternehmen des privaten als auch des öffentlichen Rechts. Als Unternehmen sind nach der herrschenden Lehre alle Unternehmenseinheiten anzusehen, die sich als Anbieter oder Nachfrager von Waren oder Dienstleistungen am Wirtschaftsprozess beteiligen. Damit das Kartellgesetz mit Sicherheit angewendet werden kann, so dass Verfügungen möglich sind, ist es daher notwendig, dass Unternehmen (Krankenversicherer, Leistungserbringer) eine eigene Rechtspersönlichkeit in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht aufweisen.

- Solange Krankenversicherer und Leistungserbringer in der Grundversicherung in Verbänden Tarife aushandeln dürfen, kann die Wettbewerbskommission prinzipiell nicht gegen Tarifabsprachen vorgehen. Ebenso ist die Wettbewerbskommission in ihrer Befugnis, eine Verfügung zu erlassen, beschränkt, sofern Tarifverträge durch eine Behörde genehmigt werden. In diesen Bereichen kann die Anwendung des Kartellgesetzes nicht durch Auslegung ausgedehnt werden. Vielmehr müssten die entsprechenden Bestimmungen des KVG angepasst bzw. aufgehoben werden. In diesem Sinn ist von kantonalen und gesamtschweizerischen Verbandsverhandlungen und Einheitsverträgen betreffend Tarifen für Leistungserbringer abzusehen.

Ausgehend von diesen zusätzlichen Abklärungen entwarf der Experte einen Vorschlag für den Hauptvorschlag der Arbeitsgruppe zu Handen der Sitzung des Steuerungsausschusses vom 21. März 2003, welcher anlässlich der Arbeitsgruppen-Sitzung vom 11. März 2003 besprochen, anschliessend ergänzt, den Arbeitsgruppen-Mitgliedern zur Stellungnahme unterbreitet und schliesslich anhand der gemachten Äusserungen angepasst wurde. Der so entstandene Hauptvorschlag wird im folgenden kursiv wieder gegeben.

4.7 Hauptvorschlag der Arbeitsgruppe/ persönliche Empfehlung des Experten

Für die Formulierung des Hauptvorschlags von zentraler Bedeutung ist die Frage, welche Hauptzielsetzung mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs verfolgt werden soll. Die Arbeitsgruppe ist sich darin einig, dass kurz- bis mittelfristig die Effizienz des Systems verbessert werden kann – unabhängig davon, ob die Kosteneindämmung oder die Qualitätsverbesserung als Hauptzielsetzung angestrebt wird. Zwar berücksichtigt eine gute Behandlungsqualität im richtig verstandenen Sinn durchaus auch die Kostenfrage. Dennoch bedarf es nach Auffassung der Arbeitsgruppe eines gesellschaftlichen Entscheids, welcher der beiden Zielsetzungen vornehmlich zu verfolgen ist. Die Effizienzverbesserung kann in diesem Sinn als einmaliger notwendiger Schritt bezeichnet werden, der mit beiden Ansätzen verfolgt werden kann. Wenn die Qualitätsverbesserung langfristig im Vordergrund steht, sind andere Rahmenbedingungen zu formulieren, als wenn es um die Dämpfung des Kostenwachstums geht.

Die Arbeitsgruppe ist in der Fragestellung der langfristigen Hauptzielsetzung gespalten. Während eine knappe Mehrheit – vor allem bestehend aus Vertretern der Bundes- und Kantonsbehörden und der Versicherer – der Zielsetzung der Kostenwachstumseindämmung den Vorzug gibt, spricht sich eine Minderheit für die Zielsetzung der Qualitätsverbesserung aus.

Aus diesem Grund formulierte die Arbeitsgruppe zwei Hauptvarianten, die eine für die Zielsetzung der Kostenwachstumseindämmung, die andere für die Qualitätsverbesserung. Jene Massnahmen, welche sich bei beiden Varianten aufdrängen, werden dabei zuerst angeführt.

Sowohl für die Kostenwachstumseindämmung als auch für die Qualitätsverbesserung zentrale Punkte sind nach Auffassung der Arbeitsgruppe folgende Elemente:

- *Die Aufhebung des Vertragszwangs wird im ambulanten und stationären Bereich realisiert.*
- *Es bedarf eines funktionierenden Risikoausgleichs, der über die Vorstellungen eines Hochrisikopools hinausgehen muss. Wenn es der Risikoausgleich für die Versicherer interessant macht, kranke Versicherte im Rahmen von Disease Management Programmen gut zu behandeln, dürfte auch die Gesamtversorgung verbessert werden können. Die heutige Formel für die Berechnung des Risikoausgleichs ist diesbezüglich zu verbessern (vgl. dazu auch die Ausführungen zum Zusammenwirken mit den anderen Teilprojekten).*
- *Leistungserbringer dürfen nicht an Versicherern und Versicherer nicht an Leistungserbringern beteiligt sein. Eine analoge Regelung ist für «Zulieferbetriebe» (Pharma-, Medizintechnik-Unternehmungen etc.) vorzusehen. Vertikale Integrationen auf Leistungserbringerseite hingegen können ökonomisch*

gesehen mit Effizienzgewinnen verbunden sein. Sie sollen genauso wie gemeinsame Projekte in Bereichen wie beispielsweise Disease Management oder Abrechnung weiterhin möglich sein.

- Die Arbeitsgruppe regt im weiteren an, dass im Rahmen dieser Zielsetzung auch die Möglichkeit für Versicherer und Leistungserbringer bestehen soll, allfällige bestehende Taggeldversicherungen nach KVG bzw. VVG in das Modell einzubauen, um die Anreize zur Erreichung der Hauptzielsetzung zu verstärken. Kosteneffizienz erlaubt in einem solchen Modell Prävention am Arbeitsplatz und im Fall der Erkrankung die möglichst rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. In Kauf zu nehmen ist dafür eine faktische Aufweichung der Kassenwahlfreiheit der Versicherten (z.B. im Rahmen von finanziellen Anreizen des Arbeitgebers zum Einstieg in dieses kombinierte Modell).*
- In Analogie dazu soll auch die Möglichkeit bestehen, Public-Health-Konzepte im Rahmen solcher Versicherungsmodelle einbauen zu können. Die Arbeitsgruppe hat in diesem Bereich beispielsweise Schulen und Gefängnisse als mögliche Aktionsfelder erörtert.*
- Im Rahmen der Vertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern sollen Preise ausgehandelt werden. Die Preisbildung wird somit liberalisiert, für das Scheitern von Verhandlungen eine Ersatzlösung formuliert. Eine Liberalisierung der Preisbildung beinhaltet die ersatzlose Streichung von Art. 43 Abs. 5 KVG. Eine Verpflichtung auf den TARMED soll somit bei Einzelleistungsvergütung nicht mehr bestehen. Damit soll es Krankenversicherern und Leistungserbringern vermehrt offen stehen, für verschiedene Versichertengruppen und Behandlungsfälle unterschiedliche Vergütungsformen und -höhen und / oder Kombinationen von Vergütungsformen aushandeln zu können. Damit könnten sowohl die Qualität als auch Verzerrungen zwischen dem ambulanten und (teil-)stationären Bereich aufgehoben werden.*
- Solange Krankenversicherer und Leistungserbringer in der Grundversicherung in Verbänden Tarife verhandeln dürfen, kann die Wettbewerbskommission prinzipiell nicht gegen Tarifabsprachen vorgehen. Ebenso ist die Wettbewerbskommission in ihrer Befugnis, eine Verfügung zu erlassen, eingeschränkt, sofern Tarifverträge durch eine Behörde genehmigt werden. Aus diesen Gründen ist nach Auffassung der Arbeitsgruppe von kantonalen und gesamtschweizerischen Verbandsverhandlungen und Einheitsverträgen betreffend Tarifen für Leistungserbringer und deren behördlichen Genehmigung abzusehen.*
- Als Ersatzlösung für das Scheitern von Vertragsverhandlungen soll der Instanzenweg Wettbewerbskommission, Rekurskommission, Bundesgericht/ Bundesrat (evtl. internationaler Gerichtshof in Strassburg) vorgesehen werden.*

Wenn die Zielsetzung der Kostenwachstumseindämmung im Vordergrund steht, sollte eine Lösung mindestens folgende Eckwerte enthalten:

- Die Planungszahlen für den kantonalen Bedarf sollten möglichst tief zu stehen kommen. Um den regional unterschiedlichen Bedarf zu berücksichtigen, müssen diese Werte zwingend differenziert werden. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere die Unterschiede zwischen Stadt und Land sowie demographische Unterschiede.*
- Ausserkantonale Angebote sind zwingend zu berücksichtigen. Entscheidendes Kriterium soll dabei die Erreichbarkeit sein (und nicht der inner- bzw. ausserkantonale Standort).*
- Falls Kantone höhere Planzahlen als die vom Bund vorgegebenen Minimalzahlen vorsehen, stellt sich die Frage, wie das resultierende Mehrangebot zu finanzieren ist. Der genaue Mehraufwand dürfte sich nur schwer beziffern lassen, so dass nach Auffassung der Arbeitsgruppe nur eine anteilmässige kantonale Beteiligung an den durch die Versicherer zu entrichtenden Vergütungen realistisch erscheint. Für die Versicherer entfällt in diesem Fall der entsprechende Anteil der Zahlungsverpflichtung.*

- *Schliessen die Versicherer hingegen mehr Verträge ab, als die kantonale Vorgabe unter Einhaltung der Bundesbestimmungen vorsieht, bleiben sie voll zahlungspflichtig.*

Wenn die Zielsetzung der Qualitätsverbesserung im Vordergrund steht, sollte eine Lösung mindestens folgende Eckwerte enthalten:

- *Es wird ein schweizweit einheitliches Indikatorensystem entwickelt. Damit soll sichergestellt werden, dass der Verwaltungsaufwand insbesondere auch bei kleineren Fachgesellschaften in Grenzen gehalten werden kann. Das einheitliche Indikatorensystem soll ausschliesslich festlegen, welche Fragen gestellt und in welcher Art und Weise die Resultate ausgewiesen werden müssen. Das Indikatorensystem ist im Sinn eines übergeordneten Anforderungskatalogs zu verstehen. Grundsätzlich sind die Daten zur Sicherstellung der Transparenz unter Nennung der betreffenden Leistungserbringer und möglichst vollständig auszuweisen.*
- *Die Arbeitsgruppe spricht sich gegen ein Rating-Monopol aus. Die Daten sollen von verschiedenen Organisationen erfasst werden können. Damit soll auch ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Rating-Agenturen möglich werden. Im Sinne der Unabhängigkeit soll sichergestellt werden, dass weder Finanzierer noch Leistungserbringer an solchen Agenturen direkt oder indirekt beteiligt sind.*
- *Wenn diese Eckwerte realisiert sind, sollte im weiteren geprüft werden, ob Krankenversicherer auch im Rahmen der Grundversicherung Gewinne machen können, welche sie nicht zwingend an ihre Versicherten weiter geben müssen. Damit soll die Gefahr eingedämmt werden, dass Krankenversicherer insbesondere qualitativ hochwertigen Leistungserbringern aus dem Grund anbieten in den Ausstand zu treten, weil sie nur im Zusatz-, nicht aber im Grundversicherungsbereich Gewinne machen dürfen. Im Rahmen des heute geltenden Regimes des KVG ist eine analoge Bestimmung für stationäre Leistungserbringer vorzusehen. Die Aufsicht über die Krankenversicherer nach KVG ist entsprechend umzubauen.*

Bezüglich zweier Bestimmungen hat der kantonale Vertreter seine Ablehnung bekundet. Er will die Aufhebung des Vertragszwangs auf den ambulanten Bereich beschränken, weil er der vorgeschlagenen monistischen Finanzierung kritisch gegenüber steht und seine Bedenken bezüglich der Versorgungs-, Ausbildungs- und Forschungsaufgabe der Kantone nicht ausgeräumt werden konnten. Ausserdem widersetzt er sich der Bestimmung, wonach die Kantone sich an den ambulanten Kosten der Versicherer beteiligen, wenn die Kantone über dem Bundeswert liegende Dichte-Werte festlegen.

Von Seiten der Ärzteschaft wird darauf hingewiesen, dass die unter der Zielsetzung der Qualitätsverbesserung erwähnten Elemente auch bei einer allfälligen Hauptausrichtung auf die Kostenwachstumseindämmung nicht verloren gehen dürfen. Qualitätskontrolle ist in ihren Augen gerade dann wichtig, wenn die Kostenziele vorrangig sein sollen. Auch der kantonale Vertreter tendiert zu dieser Auffassung.

Auch wenn der Experte in einzelnen Punkten eine abweichende Haltung einnehmen könnte, verzichtet er auf eine solche. Denn er gewichtet im Rahmen der hier durchgeführten Arbeiten den gemeinsam getragenen Vorschlag der Arbeitsgruppe höher als eine möglicherweise theoretisch überzeugende, aber kaum praktikable Lösung. Was die Differenzen unter den Arbeitsgruppen-Mitgliedern betrifft, vertritt der Experte mit Blick auf die kantonale Finanzierung der über der Minimal-Dichte liegenden Komponenten die Auffassung, dass die Kantone nicht nur anteilmässig, sondern vollständig für die entstehenden Mehrkosten aufkommen sollen.

Dieser unter Punkt 4.7 formulierte, kursiv dargestellte Vorschlag wurde der Steuerungsgruppe unter dem Vorsitz von Bundespräsident Pascal Couchepin unterbreitet und anlässlich der Sitzung vom 21. März 2003 diskutiert. Dabei stiess einzig die Bestimmung auf Ablehnung, dass sich Leistungserbringer nicht an Versicherern und Versicherer nicht an Leistungserbringern beteiligen sollten. Gefordert wurde diesbezüglich, dass die Absolutheit der Formulierung beseitigt werde, dass im Gegenzug aber Transparenz über die entsprechenden Eigentumsverhältnisse sichergestellt werden müsse, damit die Versicherten bei der Wahl ihres Versicherungspartners Klarheit hätten.

Anlässlich der letzten Arbeitsgruppensitzung, an welcher der Schlussbericht diskutiert wurde, wurden leichte insbesondere sprachliche Veränderungen vorgenommen sowie die Struktur des Vorschlags noch etwas gestrafft. Der Hauptvorschlag der Arbeitsgruppe lässt sich somit auf folgende Art formulieren:

Für die Formulierung des Hauptvorschlags von zentraler Bedeutung ist die Frage, welche Hauptzielsetzung mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs verfolgt werden soll. Die Arbeitsgruppe ist sich darin einig, dass kurz- bis mittelfristig die Effizienz des Systems verbessert werden kann – unabhängig davon, ob die Kosteneindämmung oder die Qualitätsverbesserung als Hauptzielsetzung angestrebt wird. Zwar berücksichtigt eine gute Behandlungsqualität im richtig verstandenen Sinn durchaus auch die Kostenfrage. Dennoch bedarf es nach Auffassung der Arbeitsgruppe eines gesellschaftlichen Entscheids, welcher der beiden Zielsetzungen vornehmlich zu verfolgen ist. Die Effizienzverbesserung kann in diesem Sinn als einmaliger notwendiger Schritt bezeichnet werden, der mit beiden Ansätzen verfolgt werden kann. Wenn die Qualitätsverbesserung langfristig im Vordergrund steht, sind andere Rahmenbedingungen zu formulieren, als wenn es um die Dämpfung des Kostenwachstums geht.

Die Arbeitsgruppe ist in der Fragestellung der langfristigen Hauptzielsetzung gespalten. Während eine knappe Mehrheit – vor allem bestehend aus Vertretern der Bundes- und Kantonsbehörden und der Versicherer – der Zielsetzung der Kostenwachstumseindämmung den Vorzug gibt, spricht sich eine Minderheit für die Zielsetzung der Qualitätsverbesserung aus.

Aus diesem Grund formulierte die Arbeitsgruppe zwei Hauptvarianten, eine generelle und eine für die Zielsetzung der Kostenwachstumseindämmung.

Zur Realisierung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs sind nach Auffassung der Arbeitsgruppe folgende Elemente zentral:

- Die Aufhebung des Vertragszwangs wird im ambulanten und stationären Bereich realisiert.
- Es bedarf eines funktionierenden Risikoausgleichs, der über die Vorstellungen eines Hochrisikopools hinausgehen muss. Wenn es der Risikoausgleich für die Versicherer interessant macht, kranke Versicherte im Rahmen von Disease Management Programmen gut zu behandeln, dürfte auch die Gesamtversorgung verbessert werden können. Die heutige Formel für die Berechnung des Risikoausgleichs ist diesbezüglich zu verbessern (vgl. dazu auch die Ausführungen zum Zusammenwirken mit den anderen Teilprojekten).
- Leistungserbringer dürfen nicht an Versicherern und Versicherer nicht an Leistungserbringern beteiligt sein. Eine analoge Regelung ist für «Zulieferbetriebe» (Pharma-, Medizintechnik-Unternehmungen etc.) vorzusehen. Vertikale Integrationen auf Leistungserbringenseite hingegen können ökonomisch gesehen mit Effizienzgewinnen verbunden sein. Sie sollen genauso wie gemeinsame Projekte in Bereichen wie beispielsweise Disease Management oder Abrechnung weiterhin möglich sein.
- Die Arbeitsgruppe regt im weiteren an, dass im Rahmen dieser Zielsetzung auch die Möglichkeit für Versicherer und Leistungserbringer bestehen soll, allfällige bestehende Taggeldversicherungen nach KVG bzw. VVG in das Modell einzubauen, um die Anreize zur Erreichung der Hauptzielsetzung zu verstärken. Kosteneffizienz erlaubt in einem solchen Modell Prävention am Arbeitsplatz und im Fall der Erkrankung die möglichst rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. In Kauf zu nehmen ist dafür eine faktische Aufweichung der Kassenwahlfreiheit der Versicherten (z.B. im Rahmen von finanziellen Anreizen des Arbeitgebers zum Einstieg in dieses kombinierte Modell).⁷
- In Analogie dazu soll auch die Möglichkeit bestehen, im öffentlichen Auftrag und (neu) unter Einbezug der Krankenversicherer, Public-Health-Konzepte im Rahmen solcher Versicherungsmodelle zu entwickeln.

7 Zur Problematik vgl. auch Conne-Perréard Elisabeth, « Nouveaux risques »: facture salée et silence bruyant!, in : spécial-IST, Nr. 8, März 2003, S. 2 – 3.

- Im Rahmen der Vertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern sollen Preise ausgehandelt werden. Die Preisbildung wird somit liberalisiert, für das Scheitern von Verhandlungen eine Ersatzlösung formuliert. Eine Liberalisierung der Preisbildung beinhaltet die ersatzlose Streichung von Art. 43 Abs. 5 KVG. Eine Verpflichtung auf den TARMED soll somit bei Einzelleistungsvergütung nicht mehr bestehen. Damit soll es Krankenversicherern und Leistungserbringern vermehrt offen stehen, für verschiedene Versichertengruppen und Behandlungsfälle unterschiedliche Vergütungsformen und -höhen und/ oder Kombinationen von Vergütungsformen aushandeln zu können. Damit könnten sowohl die Qualität als auch Verzerrungen zwischen dem ambulanten und (teil-)stationären Bereich aufgehoben werden.
- Solange Krankenversicherer und Leistungserbringer in der Grundversicherung in Verbänden Tarife verhandeln dürfen, kann die Wettbewerbskommission prinzipiell nicht gegen Tarifabsprachen vorgehen. Ebenso ist die Wettbewerbskommission in ihrer Befugnis, eine Verfügung zu erlassen, eingeschränkt, sofern Tarifverträge durch eine Behörde genehmigt werden. Aus diesen Gründen ist nach Auffassung der Arbeitsgruppe von kantonalen und gesamtschweizerischen Verbandsverhandlungen und Einheitsverträgen betreffend Tarifen für Leistungserbringer und deren behördlichen Genehmigung nach Art. 46 KVG abzusehen.
- Als Ersatzlösung für das Scheitern von Vertragsverhandlungen soll der Instanzenweg Wettbewerbskommission, Rekurskommission, Bundesgericht/ Bundesrat (evtl. internationaler Gerichtshof in Strassburg) vorgesehen werden.
- Es wird ein schweizweit einheitliches Indikatorensystem entwickelt. Damit soll sichergestellt werden, dass der Verwaltungsaufwand insbesondere auch bei kleineren Fachgesellschaften in Grenzen gehalten werden kann. Das einheitliche Indikatorensystem soll ausschliesslich festlegen, welche Fragen gestellt und in welcher Art und Weise die Resultate ausgewiesen werden müssen. Das Indikatorensystem ist im Sinn eines übergeordneten Anforderungskatalogs zu verstehen. Grundsätzlich sind die Daten zur Sicherstellung der Transparenz unter Nennung der betreffenden Leistungserbringer und möglichst vollständig auszuweisen.
- Die Arbeitsgruppe spricht sich gegen ein Rating-Monopol aus. Die Daten sollen von verschiedenen Organisationen erfasst werden können. Damit soll auch ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Rating-Agenturen möglich werden. Im Sinne der Unabhängigkeit soll sichergestellt werden, dass weder Finanzierer noch Leistungserbringer an solchen Agenturen direkt oder indirekt beteiligt sind.
- Wenn diese Eckwerte realisiert sind, sollte im weiteren geprüft werden, ob Krankenversicherer auch im Rahmen der Grundversicherung Gewinne machen können, welche sie nicht zwingend an ihre Versicherten weiter geben müssen. Damit soll die Gefahr eingedämmt werden, dass Krankenversicherer insbesondere qualitativ hochwertigen Leistungserbringern aus dem Grund anbieten in den Ausstand zu treten, weil sie nur im Zusatz-, nicht aber im Grundversicherungsbereich Gewinne machen dürfen. Im Rahmen des heute geltenden Regimes des KVG ist eine analoge Bestimmung für stationäre Leistungserbringer vorzusehen. Die Aufsicht über die Krankenversicherer nach KVG ist entsprechend umzubauen.

Wenn die Zielsetzung der Kostenwachstumseindämmung im Vordergrund steht, sollte eine Lösung mindestens folgende zusätzliche Eckwerte enthalten:

- Die Planungszahlen für den kantonalen Bedarf sollten möglichst tief zu stehen kommen. Um den regional unterschiedlichen Bedarf zu berücksichtigen, müssen diese Werte zwingend differenziert werden. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere die Unterschiede zwischen Stadt und Land sowie demographische Unterschiede.
- Ausserkantonale Angebote sind zwingend zu berücksichtigen. Entscheidendes Kriterium soll dabei die Erreichbarkeit sein (und nicht der inner- bzw. ausserkantonale Standort).

- Falls Kantone höhere Planzahlen als die vom Bund vorgegebenen Minimalzahlen vorsehen, stellt sich die Frage, wie das resultierende Mehrangebot zu finanzieren ist. Der genaue Mehraufwand dürfte sich nur schwer beziffern lassen, so dass nach Auffassung der Arbeitsgruppe nur eine anteilmässige kantonale Beteiligung an den durch die Versicherer zu entrichtenden Vergütungen realistisch erscheint. Für die Versicherer entfällt in diesem Fall der entsprechende Anteil der Zahlungsverpflichtung.
- Schliessen die Versicherer hingegen mehr Verträge ab, als die kantonale Vorgabe unter Einhaltung der Bundesbestimmungen vorsieht, bleiben sie voll zahlungspflichtig.

Bezüglich zweier Bestimmungen hat der kantonale Vertreter seine Ablehnung bekundet. Er will die Aufhebung des Vertragszwangs auf den ambulanten Bereich beschränken, weil er der vorgeschlagenen monetarischen Finanzierung kritisch gegenüber steht und seine Bedenken bezüglich der Versorgungs-, Ausbildungs- und Forschungsaufgabe der Kantone nicht ausgeräumt werden konnten. Ausserdem widersetzt er sich der Bestimmung, wonach die Kantone sich an den ambulanten Kosten der Versicherer beteiligen, wenn die Kantone über dem Bundeswert liegende Dichte-Werte festlegen.

Auch wenn der Experte in einzelnen Punkten eine abweichende Haltung einnehmen könnte, verzichtet er im Rahmen dieses Berichts auf eine solche. Denn er gewichtet im Rahmen der hier durchgeführten Arbeiten den gemeinsam getragenen Vorschlag der Arbeitsgruppe höher als eine möglicherweise theoretisch überzeugende, aber kaum praktikable Lösung. Was die Differenzen unter den Arbeitsgruppen-Mitgliedern betrifft, vertritt der Experte mit Blick auf die kantonale Finanzierung der über der Minimal-Dichte liegenden Komponenten die Auffassung, dass die Kantone nicht nur anteilmässig, sondern soweit feststellbar vollständig für die entstehenden Mehrkosten aufkommen sollten.

Ausgehend von diesen Diskussionen kann in Analogie zu den oben dargestellten Modellen A bis F nach Auffassung des Experten der folgende Modellbescrieb vorgenommen werden:

- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bezieht sich sowohl auf den ambulanten als auch den stationären Bereich.
- Es werden alle Leistungserbringer davon erfasst.
- Von der Aufhebung sind alle Behandlungen betroffen, also auch Notfälle. Für Notfälle führen Netzwerke zwingend einen Notfall- und Bereitschaftsdienst, welcher als erste Anlaufstelle für die entsprechenden Versicherten fungiert. Dieser Dienst übernimmt auch die Triagefunktion im Notfall.
- Die Versorgungssicherheit wird durch entsprechende von den zuständigen Bundesstellen formulierte Minimalvorgaben definiert, welche Kantone und Vertragspartner einzuhalten haben. Legen Kantone höhere Werte fest, bezahlen sie und nicht die Versicherer.
- Es gilt das Kartellgesetz, d.h.:
 - o Keine Verbandsverträge
 - o Wirtschaftliche und organisatorische Verselbständigung der Spitäler

Der Hauptvorschlag der Arbeitsgruppe kommt damit von den eingangs beschriebenen Denkmodellen Modell A am nächsten.

5 Verworfenne Modelle

Bzgl. der oben dargestellten Denkmodelle C und D wurde der Begriff der Grundversorgung diskutiert und von Seiten der Vertreterinnen des Schweizerischen Verbands der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen gefordert, dass die Hebammen und Chiropraktoren von ihrer Tätigkeit her als Grundversorgerinnen und -versorger zu betrachten seien. Dieses Vorhaben sah sich in der Arbeitsgruppe einer derart heftigen Opposition gegenüber, dass auf eine weitere Konkretisierung verzichtet wurde. Eingewendet wurde u.a., dass weder Hebammen noch Chiropraktoren von ihren Tätigkeiten her die Funktionen der Grundversorgerinnen und -versorger nach den im Anhang II dargestellten schweizerischen bzw. europäischen Definitionen wahrnehmen. Im weiteren sei auch auf eine Gleichbehandlung zwischen Geburtshelferinnen und -helfern/ Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen zu achten.

Entgegen der ursprünglichen Absicht wurde darüber hinaus auf die Analyse keines der oben genannten Grundelemente verzichtet. Alle Elemente sind auf ihre Stärken und Schwächen sowie auf ihre Auswirkungen auf Leistungserbringer, Versicherer, Versicherte, Chronisch-Kranke, Bund und Kantone näher analysiert worden (vgl. Anhang I). Damit soll den politisch verantwortlichen Instanzen die Möglichkeit gegeben werden, einzelne Grundelemente der oben beschriebenen realisierbaren Modelle modularartig auszuwechseln – im Wissen darum, dass sich dadurch gemäss der im Anhang dargestellten Aufstellung andere Stärken und Schwächen bzw. unterschiedliche Auswirkungen auf die einzelnen näher analysierten Akteure ergeben können.

Allerdings gilt es auch an dieser Stelle zu betonen, dass ein solches modulartiges Auswechseln einzelner Grundelemente Auswirkungen auf das Gesamtsystem haben kann, welche im Einzelfall näher analysiert werden sollten. Das kann darin begründet liegen, dass nicht alle Stärken und Schwächen bzw. Anreize und Auswirkungen tabellarisch erfasst wurden. Denkbar ist auch, dass sich durch einen solchen Austausch einzelner Grundelemente gegensätzliche Anreize innerhalb des Gesamtsystems ergeben können, von denen a priori nicht immer gesagt werden kann, welches der konträren Grundelemente die Oberhand behält und die Gesamtwirkung stärker zu beeinflussen vermag.

6 Rahmenbedingungen

6.1 Zusammenwirken der Varianten mit den anderen Teilprojekten

Anlässlich der Arbeitsgruppen-Sitzung vom 11. März 2003 wurden in zwei Gruppen folgende Verknüpfungen der Aufhebung des Vertragszwangs mit anderen Projekten ausgearbeitet:

| Zusammenwirken der Massnahmen | Aufhebung Kontrahierungszwang |
|---------------------------------------|---|
| Monistische Spitalfinanzierung | Wenn die Aufhebung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich realisiert wird, braucht es idealerweise die gleichzeitige Einführung der monistischen Spitalfinanzierung. |
| Managed Care | <p>Die Aufhebung des Vertragszwangs ist eine Voraussetzung, damit sich Managed Care entwickeln kann.</p> <p>Managed Care kann mit der Aufhebung des Vertragszwangs parallel realisiert werden.</p> |
| Kostenbeteiligung | <p>Die Aufhebung des Vertragszwangs hat grundsätzlich keine Auswirkungen auf die Kostenbeteiligung.</p> <p>Denkbar ist jedoch, dass limitierte Modelle mit aufgehobenem Vertragszwang mit einer geringeren Kostenbeteiligung kombiniert werden als solche, welche den Vertragszwang aufrecht erhalten.</p> <p>Zu klären ist in diesem Fall die Frage, welcher Beitrag aus der limitierten Grundversicherung Versicherten zusteht, welche sich für ein unlimitiertes Modell entscheiden und einen im limitierten Modell zugelassenen bzw. nicht zugelassenen Leistungserbringer aufsuchen.</p> |
| Risikoausgleich | Die Aufhebung des Vertragszwangs setzt eine deutliche Verbesserung des heutigen Risikoausgleichs voraus. Andernfalls besteht bereits bei der Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Bereich die Gefahr, dass die Attraktivität für Grundversicherer noch mehr gesteigert wird, Energien in Risikoselektion statt in Kosteneindämmungs-Strategien zu lenken. |

6.2 Welche weiteren Massnahmen müssen umgesetzt werden, damit die Modelle greifen (Begründung, Vorschläge)?

Ausgehend von der Erörterung der offenen Fragen und den dazu formulierten möglichen Lösungsansätzen dürften sich insbesondere folgende Massnahmen aufdrängen:

- Primäres und vordringliches Ziel muss die Verbesserung des Risikoausgleichs sein. Der Risikoausgleich ist zwingende Voraussetzung dafür, dass überhaupt ein Wettbewerb unter den Versicherern ermöglicht werden kann. Ein neu konzipierter Risikoausgleich soll es für die Versicherer interessant machen, intelligente Disease-Management-Programme und andere mögliche Kosten(wachstums)-eindämmungs- sowie Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu realisieren. Dazu bedarf es eines Konzepts, welches über die Vorstellungen eines Hochrisikopools hinausgehen muss. Aus Expertensicht bildet diese Massnahme die *Conditio sine qua non* für die Aufhebung des Vertragszwangs.
- Demgegenüber können andere Anliegen zwar als wichtig, aber nicht von so grosser Bedeutung bezeichnet werden. Dies liegt u.a. darin begründet, dass man teilweise provisorische Massnahmen treffen kann. Wenn beispielsweise die monistische Finanzierung nicht zeitgleich mit der Aufhebung des Vertragszwangs realisiert werden kann, dann wäre mindestens sicherzustellen, dass Netzwerken der Beitrag der öffentlichen Hand mitgegeben werden kann. Eine solche Ersatzlösung ist bei einem Verzicht auf die Verbesserung des Risikoausgleichs nicht möglich – mindestens solange am Prinzip des Wettbewerbs unter Grundversicherern festgehalten werden soll.
- In diesem Sinn ist auch die vom Ständerat verabschiedete 2. Teilrevision des KVG mit der vorgesehenen Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Bereich noch nachzubessern.

Anhang I

Stärken / Schwächen verschiedener Grundelemente

**Analyse der Anreize und Auswirkungen
auf Leistungserbringer, Versicherer, Versicherte,
Chronischkranke, Bund, Kantone
bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität**

Tabelle 1: Kriterien im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs – Stärken (Wirtschaftlichkeit)

| Geltungsbereich | LeistungserbringerInnen (LE) | Versicherer |
|----------------------------|---|---|
| Ambulant/stationär | <ul style="list-style-type: none"> • Druck zur Vernetzung (Managed Care durch LE) • Pression sur prix « égalitaire » • Renforcement de la concurrence • Förderung integrierter Versorgungsnetze • Meilleure sensibilisation aux coûts • Profilierungsmöglichkeit für Privatspitäler, die nicht auf kantonalen Spitalisten figurieren • Bessere Integration der Behandlungskette • Ganzes Spektrum, unabhängig von Art der Leistungserbringung • kann sich profilieren | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la concurrence entre fournisseurs de prestations → maîtrise des coûts • Transfer secteur ambulatoire → stationaire • Vue d'ensemble des coûts • Fokus auf Fallkosten • «Gesamtes» LE-Spektrum • Einfluss auf Leistungsseite → kann sich profilieren (heute: kein Einfluss) • Pauschalen für gesamte Behandlungskette |
| (nur) ambulant | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation aux coûts • Recettes : ↘ • Differenziertes Leistungsangebot • Konzentration ambulante Behandlungen bei weniger ÄrztInnen: Qualität+, Kostenkontrolle ↗ • Institution plus «souples» pour «renvois» (pression asymétrique sur les prestataires : teure PatientInnen werden ins Spital gesteuert) • Stationäre Versorgung planbar + sicher • Stationäre Institutionen mit Leistungsauftrag nicht betroffen (aus Sicht Spitäler) • Kann sich profilieren → kann Patienten stationär behandeln | <ul style="list-style-type: none"> • Vue d'ensemble des coûts → meilleur contrôle • Bessere Kontrolle über LE → können nach Wirtschaftlichkeitskriterien als Vertragspartner bestimmt werden • Präferenzen der Versicherten können besser berücksichtigt werden • stationäre Versorgungssicherheit • Einfluss auf Kosten • Kann sich profilieren • Gewinnt Handlungsspielraum • Ambulanter Bereich → primärer Wachstumsbereich |
| Alle LE | <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsames Interesse, Mass zu halten • Gleichbehandlung aller LE • Prise en compte de l'importance de l'offre • Prise en considération que les médecins ne sont pas tout-puissants • Kostenbewusstsein: ↗ | <ul style="list-style-type: none"> • Umfassendes Kostenmanagement möglich (keine Verlagerung in ambulanten oder stationären Sektor möglich) • Gesamtspektrum LE abgedeckt • Sieht die sich stellenden Fragen breiter (wer sind schwarze Schafe?) • Ambulante Zusatzversicherungen werden attraktiver • Teure ÄrztInnen können leichter ausgeschlossen werden • Auswahl aus allen LE → bessere Versorgungsintegration • Auch Physio bremsen von sich aus (sehr viele ÄrztInnen verschreiben relativ offen, weil sie Verlauf im voraus nicht kennen können; der vom Arzt gewährte Spielraum wird ausgenutzt) |
| LE ohne ärztlichen Auftrag | <ul style="list-style-type: none"> • Bessere Vernetzung, wenn Ärzte verantwortlich → klarer, wer Kopf hinhalten muss | <ul style="list-style-type: none"> • Arzt muss + kann koordinieren → weniger Gespräche mit Versicherern • Ambulante Zusatzversicherer werden attraktiver • Beschränkung auf jene, welche Volumen «verschreiben» • Förderung von Versorgungsnetzen |
| Alle Behandlungen* | <ul style="list-style-type: none"> • Kohärenz des Systems • Pratique globale • Zunehmende Spezialisierung • Plus claire • Notfälle massgerecht abgegolten | <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsfähige Versorgungsnetze • Umfassende Kostenkontrolle → behandlungsspezifisches LE-Rating (Selektion der LE) • Klare Rechtslage • Tarifierung je Behandlung möglich • Ganzes Leistungsspektrum abgedeckt |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Plus de liberté de choix • Gute Versorgungsnetze • Keine falschen Anreize für Art der Behandlung • Primes : ↘ • Prämienwachstumsdämpfung/Einfluss auf Prämie • Primes « adéquates » (exclure des traitements superflus) • Participation aux coûts : ↘ • Ich kann zu einem Versicherer gehen, der grosse/ kleine Auswahl hat und damit meine Prämie beeinflussen. | <ul style="list-style-type: none"> • Versorgung besser koordiniert • Einfluss auf Prämien | <ul style="list-style-type: none"> • Kostenkontrolle: Signale für Spitalplanung • Participation séjours à l'hôpital : ↘ (heute sind Kantone juge et parti) • Meilleures possibilités de gestion → mieux gérer les cas, Disease Management, réseaux plus homogènes • keine Auswirkungen • Kostenkontrolle • Wegfall Spitalplanung (bei konsequenter Umsetzung; hat bisher nicht das Erwartete gebracht) | <ul style="list-style-type: none"> • Rolle Bundesrat? • Renforcement de la concurrence → objectif LAMal de la maîtrise des coûts • Gesamtbetrachtung möglich |
| <ul style="list-style-type: none"> • Primes: ↘ • Prämienwachstumsdämpfung • Ausschluss schwarze Schafe • Kann Versicherer mit günstigen Prämien wählen • Kann Signale geben für Gesundheitsversorgung • Keine weitere Einschränkung des stationären Angebots | <ul style="list-style-type: none"> • Primes: ↘ • Kann Kasse mit günstigen Prämien wählen • Anreiz für Risk-/ Disease Management | <ul style="list-style-type: none"> • Subventions (réduction des primes): ↘ • Evt. können Kosten eingedämmt werden • Evt. weniger Prämienverbilligung • Tiefere Beiträge für Prämienverbilligung (wenn Kosten nicht stark wachsen, braucht es weniger Prämienverbilligungsbeiträge) • Spitalplanung nicht tarifiert | <ul style="list-style-type: none"> • Zentrale Steuerung möglich (v.a. Uni-Spitäler) • Evt. weniger Prämienverbilligung • Nur Bereich mit Wachstumsanreizen tangiert • Administrationsaufwand: ↘ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kosten- und Leistungsdruck für alle LE • Effet positif sur le montant des primes | <ul style="list-style-type: none"> • Bessere Koordination | <ul style="list-style-type: none"> • Bessere Kontrolle der LE | <ul style="list-style-type: none"> • ? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Weniger Anreiz zur Verschreibung unnötiger Leistungen → Druck auf den Verordnenden | <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsverschiebung auf LE mit ärztlichem Auftrag | <ul style="list-style-type: none"> • Braucht nur Ärzte zu überwachen (via Gesundheitsdirektion) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Notfallnetzwerke • Wenn Versorgungssicherheit gegeben: kein Nachteil • Versorgungssicherheit • Qualitätssicherung durch behandlungsbezogene Verträge der Versicherer (→ Behandlung durch Experten) | <ul style="list-style-type: none"> • Gezielte/bessere Versorgung | <ul style="list-style-type: none"> • Notfallnetzwerke | <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence avec critère de LAMal actuelle pour prestations: économique, adéquate, efficace • Notfallnetzwerke |

| Geltungsbereich | LeistungserbringerInnen (LE) | Versicherer |
|---|--|---|
| Alle ohne Notfall | <ul style="list-style-type: none"> • Existenz ohne Vertrag eher möglich • Pratique/Praktikabilität • Notfallversorgung sicher gestellt | <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung Notfallplanung bleibt beim Kanton → Versicherer exponieren sich politisch nicht |
| Versorgungssicherheit/Vorgaben zur Versorgungssicherheit durch | | |
| Definition durch Bund | <ul style="list-style-type: none"> • Garantie d'impartialité (assureurs se sent moins comme victime des assureurs) • Einheitliche Kriterien • Klare einheitliche Regelung • Homogène • Einheitlichkeit der Versorgungsdichte • Definition weniger abhängig von kantonalen (Infra-) Strukturen • Meilleure planification de la médecine de pointe: qualité ↗, maîtrise coûts ↘ | <ul style="list-style-type: none"> • Économies (pas 26 définitions différentes) • Klare Verhältnisse: gleiche Kriterien für alle KVG-Versicherten • Weniger Konkurrenz für LE, da Versorgung überall (gleich) sicher gestellt werden muss • Einheitliche Regelung • Sécurité / facilité statistique • Einheitliche Abgeltung für alle Kantone → administrativ einfach • égalise (?baisse...) les coûts • On évite le « Kantonsgeist » → planification au-delà des frontières cantonales |
| Definition durch Kantone | <ul style="list-style-type: none"> • Garantie d'impartialité • réaliste • Proximité / bonne connaissance des besoins • Direkte Einflussnahme möglich • Kantonale Differenzen sind attraktiv → Konzentration LE in Grossstädten • Näher an kantonalen/regionalen Bedürfnissen | --- |
| Definition durch Vertragspartner* | <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsnetze • praxis-/bedürfnisnah • Definition nahe an der Basis • Participation directe aux discussions • Influence possible dans la négociation • Libertée d'entrée sur le marché | <ul style="list-style-type: none"> • Concurrence entre les prestataires • Zusatzversicherungen werden attraktiver • Participation directe aux discussions |
| Vorgaben für grössere Versorgungsregionen | <ul style="list-style-type: none"> • Wenig regionalspezifische Vorgaben • A échelle humaine • Koordinierte, effiziente Planung innerhalb Region • Plus de frontière dans la région • Impartialité | <ul style="list-style-type: none"> • Überwindung der Kantonsgrenzen • Stärkere Konkurrenz der LE |
| Direkter Zugang zu allen LE mit Vertrag | <ul style="list-style-type: none"> • Weniger Abhängigkeit zwischen Grundversorgern + «Nachgelagerten» • Keine Rückweisung von Patienten nötig • Gut für Spezialärzte • Libre choix partiellement maintenu | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la concurrence • Ja. Natürlich |
| Selektiver Zugang zu LE (Gate-Keeping) | <ul style="list-style-type: none"> • Anreiz zu Netzwerkbildung • Bildung von Netzwerken | <ul style="list-style-type: none"> • Umfassendes Kostenmanagement möglich • Zusatzversicherungsprodukte für freie Arztwahl im ambulanten Bereich • Ärzte-Tourismus verunmöglicht • Neuere Tarifierungsmodelle (Capitation) • Pouvoir sur les coûts • Fördert Gesundheitsnetzwerke |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Verlagerung in Notfallbereich, da dort Kostendeckungsgarantie | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungssicherheit • Notfallversorgung bleibt unbestritten • Clareté du système | <ul style="list-style-type: none"> • Notfallversorgung bleibt als Auftrag | <ul style="list-style-type: none"> • Notfallversorgung bleibt politischer Auftrag |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gleichbehandlung eher gewährleistet • Nationaler Systemzugang • Klare Verhältnisse • Relativ unabhängige Regelung | <ul style="list-style-type: none"> • Einheitlicher Systemzugang | <ul style="list-style-type: none"> • Délégation de la responsabilité • Économie notamment dans domaine médecine de pointe • Konzentration auf andere Aufgaben (gesundheitspolizeiliche Kontrolle) • Ungleichgewicht Aufgaben (Finanzierung) – Kompetenzen (Definition des Angebots) | <ul style="list-style-type: none"> • Definition durch Politik, von oben • Vision globale • Pouvoir régulateur • Verfahrenseinheitlichkeit |
| <ul style="list-style-type: none"> • Näher bei Bedürfnissen der Prämienzahler • Respect des habitudes • Prise en comptes des circonstances locales • Bonne connaissance du terrain + des besoins de la population | --- | <ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung kantonaler Eigenheiten • Eigene Kompetenz • Tâche régaliennne des cantons → historique | <ul style="list-style-type: none"> • Delegierte Verantwortung (Bund muss sich um diese unangenehme Aufgabe nicht kümmern) • Solution consacrée par la constitution |
| <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsanbieter kennen und planen Versorgung → Markteffizienz • Influence possible • Grössere Einzelfallgerechtigkeit | --- | <ul style="list-style-type: none"> • Décharge la responsabilité | <ul style="list-style-type: none"> • Décharge la responsabilité |
| <ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Konkurrenz der LE • Effizientes, überregional koordiniertes Angebot • Grösseres Angebot an LE • Prise en compte des circonstances locales • Grössere Wahlfreiheit (innerhalb Region statt Kanton) | <ul style="list-style-type: none"> • Effektivere Versorgungsstrukturen | <ul style="list-style-type: none"> • Regionale Synergien → Ausgleich regionaler Unterschiede • Harmonisierung möglich – nötig • Sinnvolle Versorgungsregionen • Meilleure coordination • < 26 solutions • meilleur rôle pour les cantons • überregionale Bedarfsplanung | <ul style="list-style-type: none"> • Grössere Regionen • Pas ou en tout cas moins des « Kantönligeist » |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vertikale Wahlfreiheit im Behandlungsprozess • Grössere Wahlfreiheit • Freie Arzt-/Behandlungswahl bleibt • Peut être clair pour les patients | <ul style="list-style-type: none"> • Schneller Zugang zu LE | <ul style="list-style-type: none"> • Weniger politischer Druck, da weniger Regulierung | --- |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prämien : ↘ da Menge der Leistungen durch Zugangssteuerung limitierbar • Mehr Anreiz für Case-Management • Knowhow über ganze Krankengeschichte bei Gatekeeper • Kostendämpfung • Case-Management • Sécurisant • Zusätzliches Prämienämpfungspotential durch «Gate-Keeping» • «geführte Betreuung» • vertikal integrierte Netze | <ul style="list-style-type: none"> • Kontinuität in Betreuung • Case-Management • Besondere Netzwerke für Chronisch-Kranke | <ul style="list-style-type: none"> • Gedämpfte Entwicklung Kosten für Prämienverbilligung • Gate-Keeping als Normalfall | --- |

Tabelle 2: Kriterien im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs
– Schwächen (Wirtschaftlichkeit)

| Geltungsbereich | LeistungserbringerInnen (LE) | Versicherer |
|----------------------------|--|--|
| Ambulant/stationär | <ul style="list-style-type: none"> • Travail administratif ↗ • Mehr Konkurrenz → Risikoselektion • Insuffisance des données + instruments à disposition • Kontinuität / Planbarkeit stationär ? • Capacités financières inégales (hôpitaux subventionnés et non-subventionnés) • Stationäre + geplante Eingriffe durch DRGs abdeckbar → andere Problemstellung als ambulant • Datenproblem • Einschränkung des Angebots des LE • Stärkerer Wettbewerbsdruck (stärkere Risiko-selektion) | <ul style="list-style-type: none"> • Confusion des rôles → assureurs est juge + partie (Wirtschaftlichkeit überprüfen und bezahlen) • Schwer zu bewältigender administrativer Aufwand (Benchmarking) • Charge + frais administratifs ↗ • Clinch mit Kanton / Gemeinde (Kanton stellt Spitalliste auf und Versicherer X will es nicht begleichen) • 2 Bereiche (amb. /stat.) mit unterschiedlicher Fragestellung (heute bestehen im ambulanten Bereich Anreize zur Mengenausweitung, im stationären Bereich zur Mengeneindämmung) • kompliziert • zusätzliche Wirtschaftlichkeitsverfahren |
| (nur) ambulant | <ul style="list-style-type: none"> • Coûts ↘ • Concurrence déformée (asymétrie de la pression sur prestataires) • Renvoi des cas vers les hôpitaux • Vernetzung der Versorgung verhindert • Verschiebung zum stationären Bereich • Beschränkte Versorgungsnetze • Datenproblem • Gewisse Einschränkung • Abschieben in stationären Bereich möglich • Abschieben teurer ambulanter Patienten in stationären Bereich • Mehr Administration (Verträge + Info) • Risikoselektionsmöglichkeit • Définition de l'ambulatoire? • Limites? | <ul style="list-style-type: none"> • Outils de mesure? (Ziele der Krankenversicherung unklar) • Verlagerung in stationären Bereich → Mehrausgaben wegen Infrastruktur • Keine Gesamtperspektive durch Kontrolle • Kann aufwändig werden • Grosser administrativer Aufwand (Benchmarking) • Nur ambulant, ohne Betrachtung Gesamtsystem • Qualité ↘ • Indirekte Selektionsmöglichkeit |
| Alle LE | <ul style="list-style-type: none"> • Ausführende können für erbrachtes Leistungsvolumen nicht behaftet werden • Mangel an Angebot für Weiterverordnung (Anzahl Leistungserbringer, an die man verordnet, nimmt ab; Arzt macht es selbst, Qualität nimmt ab) • Konkurrenzierung erhöht sich • Verantwortung für Kosten der Sekundär-Leistung? | <ul style="list-style-type: none"> • Übersteuerung (ganzer Fall wird durch eine fallführende Person der Versicherer gesteuert; Arzt kann nicht mehr alle anderen Leistungserbringer abrechnen) • Verhandlungsaufwand ↗ • Grosser statistischer Mehraufwand • Dürfen Leistungserbringer, welche Verordnungen entgegennehmen, für ihre Auftragsausübung haftbar gemacht werden? • Unklar, ob Versicherer oder Arzt verordnete Leistung kontrolliert |
| LE ohne ärztlichen Auftrag | <ul style="list-style-type: none"> • Vision iréelle du système/de son fonctionnement (ÄrztInnen sind nicht für alles verantwortlich, ein Teilausschluss gibt daher auch kein kohärentes Resultat) • Keine Auswirkungen | <ul style="list-style-type: none"> • Nur Arzt ist «Bösewicht» (zu teuer) • «Auslagerung» von Leistungen |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Plus de recours • Aggravation des risques de « renvoi » (ping-pong avec patient) • Sélection des risques en cas de maladie • Zweiklassenmedizin • Stationäre Versorgung in Frage gestellt • Gewisse Einschränkung (Arzt nicht mehr wählbar) • Weiterer Weg ins Spital (wofür Steuern bezahlt?) • Weitere Einschränkung des stationären Angebots • Höherer Informationsaufwand | <ul style="list-style-type: none"> • Plus de recours • Gewisse Einschränkung • Sélection des risques | <ul style="list-style-type: none"> • Planbarkeit geht verloren (Man kann nicht mehr planen, wenn jeder Versicherer machen kann, was er will; Kantone haben Rolle des Gesundheitsversorgers) • Menace pour l'existence de certains hôpitaux • Mindereinnahmen bei subventionierten Spitälern • Staatliche Tarifkontrolle wird in Frage gestellt (→ obsolet, denn jeder Leistungserbringer und Versicherer kann Tarif vereinbaren. Staatliches Organ kann nicht alles überprüfen.) • Planbarkeit Forschungsstandorte? • Unklare Rolle Kantone – Versicherer • Spitalplanung + Einfluss Kantone obsolet • Keine Auswirkungen • Verteilschlüssel der Spitalbeiträge (bei monistischer Finanzierung Verteilung auf Versicherte sollte nicht sinken) | <ul style="list-style-type: none"> • Absence de données à disposition • Noch mehr Instanzen im KVG-Vollzug • Prozesslawine • Explosion der Tarifrekurse • Aufgaben + Kompetenzenverschiebung weg von den Kantonen • Evt. Probleme bei der Spitalplanung |
| <ul style="list-style-type: none"> • Arztwechsel • Gegebenenfalls Versicherungswechsel • Verschiebung in stationären Bereich • Behandlungskette schlechter koordiniert • Zweiklassenmedizin • Qualité soins ↘ • Qualité ambulatoire ↘ | <ul style="list-style-type: none"> • Gewisse Einschränkung • Renvoi vers les hôpitaux • Versorgung im Wohnkanton nicht mehr sicher gestellt → Mehrkosten durch anderweitige Versorgung • Unter Umständen beschränkter Zugang und deshalb teurere Behandlung • Verlagerung ambulant → stationär • Abschieben in Spital/ Heim • Qualité soins ↘ • Qualité ambulatoire ↘ | <ul style="list-style-type: none"> • Risque de transfert de charges (financement actuel des hôpitaux) • Administrationsaufwand : ↗ • Staatliche Tarifkontrolle in Frage gestellt • Administration: ↘ • Mesures de contrôle. ↘ • Schaut nur für Spitäler • Verzerrung ambulant – stationär • Planbarkeit geht verloren | <ul style="list-style-type: none"> • Prozesslawine • Explosion der Tarifrekurse • Verzerrung ambulant – stationär • Noch mehr Instanzen im KVG-Vollzug • Nationale Gesundheitspolitik schwieriger (Einfluss Kantone stationär) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wer ist Auftraggeber (Patient, Arzt, Versicherer)? | <ul style="list-style-type: none"> • Spitex schiebt teure Patienten ans Heim ab • Anreiz zur Einschränkung von nicht-ärztlichen Leistungen durch Verordnende | <ul style="list-style-type: none"> • Prozesslawine • Müssten sich mit Versicherern koordinieren: wer prüft was? (Gesundheitsdepartemente, welche ÄrztInnen und andere Berufe im Gesundheitswesen beaufsichtigen sollen: Wer hat was zu beaufsichtigen?) | <ul style="list-style-type: none"> • Prozesslawine |
| <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsverchiebung auf LE mit ärztlichem Auftrag • risque de renvoi vers d'autres prestataires de soins | <ul style="list-style-type: none"> • Arzt schiebt ab, da verordnete Kosten höher sind • Risque de renvoi vers d'autres prestataires des soins | <ul style="list-style-type: none"> • Klima zwischen Medizinalberufen und Paramedics leidet | <ul style="list-style-type: none"> • S'en fiche • Bund kümmert sich nicht darum • Bei Arzttarifen keine Tarifkompetenz |

| Geltungsbereich | LeistungserbringerInnen (LE) | Versicherer |
|---|---|--|
| Alle Behandlungen* | <ul style="list-style-type: none"> • Patientenabweisung • Possibilité pour les assureurs de sélectionner leurs assurés (patients) en choisissant les prestataires en fonction du degré de risque de leur clientèle • Irréalisable sur le plan humain+juridique • Paperasse (problème de justification) • Diskussion Finanzierung statt Notfallbehandlung • Wer behandelt/vergütet den Notfall? • Ethische Fragen | <ul style="list-style-type: none"> • Administrativer Aufwand • Sélection des patients/assurés par sélection des prestataire en fonction du degré de risque de leur clientèle |
| Alle ohne Notfall | <ul style="list-style-type: none"> • Abrechnung bei Notfall (Tarif?) • Plus de prestations (service spécialisé/méconnaissance des patients) • Paperasse (problème de justification) • Pas clair • Streit mit den Versicherern über Notfallcharakter eines Falles • Abgrenzungs-/Finanzierungsdiskussion • Steigende Kosten im Notfallbereich → evt. Verzicht auf Notfallbehandlung wegen schlechterem Rating (Risikoselektion, Rationierung) | <ul style="list-style-type: none"> • Kostenwachstum im Notfallbereich durch Verlagerung medizinischer Leistungen in diesen Bereich • Contrôle des coûts • Abgrenzungsdiskussion • Grosser administrativer Aufwand • Diskussion Notfall ja/nein • Muss prüfen, ob Notfall vorliegt • Durchbrechung des Versorgungsnetzes • Travail et frais administratifs très importants → LE zahlt in Fällen, in welchen er keinen Vertrag hat |
| Versorgungssicherheit/Vorgaben zur Versorgungssicherheit durch | | |
| Definition durch Bund | <ul style="list-style-type: none"> • Barrière à l'entrée sur le marché • Weniger direkte politische Einflussmöglichkeit • Praxisentfernter • Wenig direkter Einfluss • Absence de prise en compte des particularités régionales • Arbitraire (particularités cantonales) | <ul style="list-style-type: none"> • Risque de réintroduire l'obligation dans les faits • Weniger Einfluss auf regionales Angebot |
| Definition durch Kantone | <ul style="list-style-type: none"> • Kantonale Strukturen bevorzugt • Barrière à l'entrée • Inégal • Entérine les différences | <ul style="list-style-type: none"> • Inégal • Entérine les différences • Cantons ne font pas suffisamment bien leur travail, notamment en matière de planification hospitalière • 26 solutions différentes • réintroduction de l'obligation de contracter |
| Definition durch Vertragspartner* | <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungssicherheit kostet → Rationierung durch Versicherer • Geringere Rechtssicherheit, da Vertragsänderungen leicht möglich • Definition durch Spieler selber (Interessensvertreter) • Uneinigkeit • Hoher Verhandlungsaufwand • Was geschieht, wenn keine Einigung zustande kommt? • Jeux de pouvoir (juges + partie) • Gefahr der Risikoselektion | <ul style="list-style-type: none"> • Jeux de pouvoir (juges + partie) • Gefahr der Risikoselektion • Regionalpolitische Beeinflussung der Abgeltung |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungssicherheit? • Notion d'urgence ? • Mehrkosten beim Versicherten zur Sicherstellung der Behandlung, wenn Vertragsarzt bei Notfällen bspw. nicht erreichbar/verfügbar • Zugang bei Notfällen | <ul style="list-style-type: none"> • Beschränkter Zugang für bestimmte Behandlungen | <ul style="list-style-type: none"> • Qui fait le triage? • Notfallversorgung weniger planbar • Mehrkosten zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung bei Notfällen (Behandlung durch Nichtvertragsarzt) • Abbau Notfallbetten | <ul style="list-style-type: none"> • Verfassungsprobleme → wer behandelt im Notfall, wenn Vertragsarzt nicht verfügbar |
| <ul style="list-style-type: none"> • Couverture? • Erschwerter Zugang zu medizinischer Versorgung • Notion d'urgence (Patienten wissen nicht, was Notfall ist) • Incertitude | <ul style="list-style-type: none"> • Sélection patient? Urgent ou non? • Viele Rekurse zum Notfallcharakter eines Falles | --- | --- |
| <ul style="list-style-type: none"> • Particularités locales pas suffisamment prises en considération, notamment si planification hospitalière fédéral • Ne peut pas influencer • Weniger Berücksichtigung kantonaler regionaler Präferenzen • Prämien steigen, da Regionen mit (bisher) Unterversorgung «aufgerüstet» werden • Regionale Bedürfnisse weniger im Vordergrund | --- | <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzzug • Aufwand für Datenerhebung? • Mehr Prämienverbilligungsbeiträge im Fall der «Aufrüstung» • Politique de santé imposée • Kompetenzabgabe • Connaissance des particularités locales insuffisantes • Problème constitutionnel • Autonomie cantonale ↘ • Nivellierung nach oben | <ul style="list-style-type: none"> • Definition durch Politik, von oben • Vision globale • Pouvoir régulateur ↗ • Trop de travail (disproportionné) • Zuständigkeit für Umsetzung (nicht gleiche Instanz soll vorgeben und umsetzen) • On existerait le « Kantonsgeist » → meilleure planification de la médecine de pointe • Qualité+ maîtrise des coûts : ↗ • Verantwortung → Bund reisst sich kaum um diese Aufgabe, nicht besonders angenehm) • Hoher Informationsbedarf |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Koordination Kanton – überregional & öffentlich – privat → Mehrkosten • Pas d'influence possible | <ul style="list-style-type: none"> • Nivellierung nach unten | <ul style="list-style-type: none"> • Coordination avec autres cantons • Koordination erschwert | <ul style="list-style-type: none"> • Morcellement des processus |
| <ul style="list-style-type: none"> • Soumis aux conflits d'intérêts • Représentation des patientes • Versorgungssicherheit = politische, nicht nur ökonomische Frage • Gefahr der Unterversorgung | <ul style="list-style-type: none"> • Gefahr der Unterversorgung | <ul style="list-style-type: none"> • Entzug/Delegation hoheitlicher Rechte • Eröffnung eines zusätzlichen Konfliktfeldes | <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliches Konfliktfeld |

| Geltungsbereich | LeistungserbringerInnen (LE) | Versicherer |
|---|--|--|
| Vorgaben für grössere Versorgungsregionen | <ul style="list-style-type: none"> • Barrière à l'entrée • Mehr Konkurrenz für LE • Bevorzugung staatlicher gegenüber privaten Strukturen | <ul style="list-style-type: none"> • Réintroduction de l'obligation de contracter |
| Direkter Zugang zu allen LE mit Vertrag | <ul style="list-style-type: none"> • Paperasse, problème avec les patientes • Perte de la cohésion de la profession • Chômage • Risiko-/Fallselektion • Überangebot Spezialistenleistungen → Abbau fraglich • Grösserer Koordinationsaufwand zwischen Primär- und Sekundärversorgern | <ul style="list-style-type: none"> • Verhandlungsökonomie/neue Tarifmodelle schwieriger durchsetzbar • Neue Versorgungsmodelle (nicht Managed Care) schwieriger durchsetzbar |
| Selektiver Zugang zu LE (Gate-Keeping) | <ul style="list-style-type: none"> • Patienten nur via Gatekeeper → Rückweisung bei Direktzugang • Definition von Grundversorgern (Primärversorger, Pädiater, Gynäkologin, Internist?) • Affecte la qualité/créativitéité du travail • Instrumentalisation de la médecine de premier recours • Paperasse (bons, attestations) • Perte de la cohésion de la profession • Modifie la relation thérapeutique | <ul style="list-style-type: none"> • Dominante Stellung der Primärversorger • Höherer Kontrollaufwand → Ausscheiden von sekundären LE |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'influence • Versicherte haben keinen Einfluss auf Kantone, Bund, Versorgungsregionen – aber auf Versicherer • Dominanz durch Grosskantone • Inhabituel pour les assurées | — | <ul style="list-style-type: none"> • Konflikte zwischen Kantonen vorprogrammiert, da die relevante Planungsregion im KVG (fast) immer der Kanton ist • Kantonale Machtkämpfe innerhalb der Region | <ul style="list-style-type: none"> • Quid, si pas d'accord sur des indicateurs ? • Vorteil gegenüber nationaler Regelung? – solche Regionalstrukturen fehlen grösstenteils |
| <ul style="list-style-type: none"> • Perte du libre choix • Effet toxique sur la relation thérapeutique → menace économique empêche innovation des médecins • Wirtschaftliche Behandlung des Falles | <ul style="list-style-type: none"> • Nicht mehr alle LE sind unter Vertrag → höhere Kosten, wenn man Patienten nicht kennt • Gefahr der Nivellierung nach unten in verschiedenen Kantonen (wie bei Neuem Finanzausgleich) | <ul style="list-style-type: none"> • Kein Gate-Keeping • Hoher Administrationsaufwand zur Informationsgewinnung | — |
| <ul style="list-style-type: none"> • Zweiklassenmedizin • Eingeschränkte Leistungen • Qualität/creativitéité du traitement ↘ • Einschränkung des Systemzugangs • Eingeschränkte Wahlfreiheit im Behandlungsprozess | <ul style="list-style-type: none"> • Kein direkter Zugang zu Spezialisten • Risikoselektion | <ul style="list-style-type: none"> • Unterversorgung | <ul style="list-style-type: none"> • Limitation importante de lu libre choix des patients (→ fondement du système actuel) → Kostendämpfung nicht realisierbar durch Wettbewerb |

Tabelle 3: Kriterien im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs – Stärken (Qualität)

| Geltungsbereich | LeistungserbringerInnen (LE) Fournisseurs de prestations (FP) | Versicherer |
|---|--|---|
| Ambulant/stationär | <ul style="list-style-type: none"> • Formation continue des prestataires des soins • Umsetzung für alle gleich • Einheitliche Qualitätskriterien • Bessere Qualität, da andernfalls Ausschluss von KVG-Vergütungssystem droht • Vergleichbarkeit • Qualitätswettbewerb • Benchmarking • Messung von Behandlungsketten • Zentralisierung von Risiken → besseres Know-how • Behandlungsketten • Kein Trade-off ambulant ↔ stationär • Concurrence ↗ meilleure qualité (peut-être) | <ul style="list-style-type: none"> • Risque de conflit économicité – qualité si payeurs = décideurs • Gewichtung Ökonomie vs. Qualitätskriterien • Vollständige Behandlungsnetze • Verträge mit LE zwingt zur Kontrolle der Qualität → LE können besser eingeschätzt werden (Rating) • Meilleure qualité des prestations fournies → + pour les coûts • Preis-/Leistungsverhältnisse möglich |
| (nur) ambulant | <ul style="list-style-type: none"> • Cercle de qualité possible • Formation continue des médecins • Qualitätssteigerung, da mehr Wettbewerb • Exemplarisches Vorgehen → Übertragbarkeit? Wenn es da funktioniert, auch für stationären Bereich weiter entwickeln • Qualitätsmessungen stationär bereits etabliert • Se base sur des acquis • «einfacheres» Vorgehen (als wenn stationärer Bereich auch inbegriffen) • Kontinuität der stationären Behandlung gesichert • Qualitätswettbewerb bei Versorgungsnetzen • Obligation à des cercles de qualité • LE kann Kassen auswählen, mit denen man gemeinsam Qualität verbessern kann (bedingt gegenseitig gute Info) | <ul style="list-style-type: none"> • Preis-/Leistungsverhältnisse möglich • Qualitative Ergebnisse der LE sind Selektionskriterien → mehr Macht der Versicherer |
| Alle LE | <ul style="list-style-type: none"> • Formation continue des prestataires • Alle LE werden in die Pflicht genommen → keine geschützten Bereiche • Potentiel de formation continue (motivation) • Gemeinsames Interesse an guter Qualität • Messung von Behandlungsketten • Qualité = problème du traitement en cours • Amélioration continue (payé par un tiers) • Bildung von vertikalen Qualitätszirkeln | <ul style="list-style-type: none"> • Bildung von qualitätsgesicherten Behandlungsketten |
| LE ohne ärztlichen Auftrag | <ul style="list-style-type: none"> • Klare Verantwortung der Ärzte für Gesamtqualität | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsgesichertes Angebot bei Spezialisten |
| Alle ohne Notfall | <ul style="list-style-type: none"> • Notfall ist in Qualitätskonzepten so oder so drin | <ul style="list-style-type: none"> • — |
| Versorgungssicherheit/Vorgaben zur Versorgungssicherheit durch | | |
| Definition durch Bund | <ul style="list-style-type: none"> • Gleicher Zugang zu öffentlichem (KVG) Angebot • Garantie de critères objectifs et uniformes pour tous les FP • Fallpauschalmodelle CH – Ebene (Basis für viele Vergleiche Qualität/Kosten) • Prozess-Aspekte (z.B. QS- Zirkel) CH- Ebene. • Patientenklassifikationssystem CH-Ebene (Basis für viele Qualitätssicherungs-Vergleiche + Kosten/Effizienz) • Indicateurs plus homogènes • Einheitliche Kriterien • Gleiche Vorgaben/Anforderungen • Einheitlichkeit der Versorgungsdichte • Critères de qualité unifiés • Garantie d'impartialité • Klare nationale Minimalkriterien | <ul style="list-style-type: none"> • Konzentration auf Überprüfung der Qualität • Keine Verantwortung bei Fehlern • Vgl. Wirtschaftlichkeit |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cercle de qualité: traitement adéquat → primes ↘ • Bessere Qualität der medizinischen Leistung, da LE unter Profilierungszwang • Auswirkungen auf Versicherte unklar • Ex ante Info über Qualität (heute: Telefonbuch, Bekannte) → mehr Infoquellen | <ul style="list-style-type: none"> • Optimale Behandlungskette | <ul style="list-style-type: none"> • Verstärktes Engagement bei der Sicherstellung einer qualitativ guten medizinischen Versorgung (bekommt infolge Vertragsfreiheit höheren Stellenwert) | ... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cercle de qualité: traitement adéquat → primes ↘ • Patientenzufriedenheit erfassbar • Qualitätssteigerung durch bessere Kontrolle der Versicherer | <ul style="list-style-type: none"> • Cercle de qualité: traitement adéquat (positive Erfahrungen Apotheker – Ärzte Kt. FR) • Bessere Primärversorgung • Bol d'air frais! (Wechsel der LE könnten neue, positive Aspekte der Behandlung aufbringen) | <ul style="list-style-type: none"> • Beschränktes Risiko bei Systemwechsel • Stationäre Versorgung durch Kantone gewährleistet | <ul style="list-style-type: none"> • Claire, qui finance les travaux pour définir/améliorer la qualité Staat (Bund) müsste definieren, welche Qualität für den Entscheid zählt → Definition im service public |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cercle de qualité: traitement adéquat → primes ↘ • choix éclair du patient • fokussierte Behandlung im Krankheitsfall | <ul style="list-style-type: none"> • Qualität über gesamte Behandlungskette | <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungssicherheit besser definierbar | <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich öffentliches Spital – Privatspital: wie Qualität in OKP messen, wenn ein Teil der Patienten Zusatzleistungen (Privatpatienten) hat? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Einfacher überblickbar | • --- | <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungssicherheit besser definierbar | • --- |
| <ul style="list-style-type: none"> • kein Risiko der Nichtbehandlung im Notfall | • --- | • --- | • --- |
| <ul style="list-style-type: none"> • Critères identiques et plus homogènes • Klare Verhältnisse • Keine kantonalen Unterschiede | • ... | <ul style="list-style-type: none"> • Konzentration auf andere Aufgabe (gesundheitspolizeiliche Kontrolle) | <ul style="list-style-type: none"> • Vergleichbarkeit ermöglicht |

| Geltungsbereich | LeistungserbringerInnen (LE) Fournisseurs de prestations (FP) | Versicherer |
|---|---|---|
| Definition durch Kantone | <ul style="list-style-type: none"> • Influence directe • Garantie d'impartialité • Prise en compte des particularités cantonales • Nähe zu regionalen Bedürfnissen • Direkte Einflussnahme möglich | <ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Wirtschaftlichkeit |
| Vorgaben für grössere Versorgungsregionen | <ul style="list-style-type: none"> • Anreiz zur Bildung von Netzwerken erhöht Qualität • Koordinierte regionale Netzwerke • Meilleure planification des besoins • Nivellierung der Qualitäts-Anforderungen (Kompromiss mehrerer Kantone; grosse Anzahl Versicherer) | <ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Wirtschaftlichkeit |
| Direkter Zugang zu allen LE mit Vertrag | — | <ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Wirtschaftlichkeit |
| Selektiver Zugang zu LE (Gate-Keeping) | <ul style="list-style-type: none"> • Incitation à la formation de réseaux de soins • Netzworkebildung → bessere Koordination | <ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Wirtschaftlichkeit |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|---|--|--|-------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte des réalités locales • Sans conséquence | --- | <ul style="list-style-type: none"> • Differenzierte Feststellung der Versorgungssicherheit • Gewährleistung Kantonsautonomie • Bedarfsnahe Definition | --- |
| <ul style="list-style-type: none"> • Regionalen Unterschieden (Bedürfnissen) kann bei weitestgehender Gleichbehandlung der Versicherten angemessenen Rechnung getragen werden (Zufälligkeiten bei Zugehörigkeit zu Versorgungsregionen werden minimiert) | <ul style="list-style-type: none"> • Breiteres und besseres Angebot | <ul style="list-style-type: none"> • Sinkender Einfluss der Kantone | --- |
| <ul style="list-style-type: none"> • Libre choix du FP • Selbstbestimmung Patient = hoch | <ul style="list-style-type: none"> • Libre choix du FP • Selbstbestimmung Patient = hoch | --- | --- |
| <ul style="list-style-type: none"> • Qualität steigt, da professionelle Begleitung → Qualität wird bei zuweisenden LE zusätzlich überprüft (nicht nur von Versicherern) | <ul style="list-style-type: none"> • Qualität steigt, da professionelle Begleitung → Qualität wird bei zuweisenden LE zusätzlich überprüft (nicht nur von Versicherern) | --- | --- |

Tabelle 4: Kriterien im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs – Schwächen (Qualität)

| Geltungsbereich | LeistungserbringerInnen (LE) Fournisseurs de prestations (FP) | Versicherer |
|----------------------------|---|---|
| Ambulant/stationär | <ul style="list-style-type: none"> • Sanktionen im stationären Bereich??? • Der Spital setzt sich aus verschiedenen LE zusammen • Qualitäts-Vertrag: ambulante LE (z.B. Hebammen) → Sanktionen sind erwähnt / im stationären Bereich nichts • Welche Qualität? Mortalität/Morbidität/Zufriedenheit der PatientInnen? • Administrativer Aufwand • Maximale Komplexität • Zentralisierung von Risiken ohne effektive Verbesserung • Interessenkonflikte | <ul style="list-style-type: none"> • Grössere Verantwortung / Haftbarkeit der Versicherer bei mangelhafter Qualität der Vertragspartner • Know How bzgl. Qualitätsmessung |
| (nur) ambulant | <ul style="list-style-type: none"> • qui paye? • Verschiebung ambulant-stationär • Beeinflussung Qualität durch Risikoabschiebung → Wettbewerb kann Qualität senken • Staat finanziert Qualitätssicherungsforschung nicht → Pharmaindustrie sagt, was Qualität ist | <ul style="list-style-type: none"> • Weniger Macht im stationären Bereich • Know-how bezüglich Qualitätsmessung fehlt • Unvollständige Behandlungsnetze |
| Alle LE | <ul style="list-style-type: none"> • Pour que ça change quelque chose, la qualité doit être mesurée • Question de l'étendue de la suppression de l'obligation de contracter = irrelevante ! • Question : comment/qui le fait ? pas où ! • Risque de vouloir plaire aux décideurs • Kosten-Nutzen-Unverhältnismässigkeit • Risque de devoir s'en tenir à l'arbitraire (normes) • Papierkrieg, Aufwand • Weniger Behandlungszeit wegen Qualitätssicherung | <ul style="list-style-type: none"> • Verhandlungsökonomie |
| LE ohne ärztlichen Auftrag | <ul style="list-style-type: none"> • Abschieben Risiken an Institutionen mit Aufnahmepflicht • Wenn der Arzt mehr Verantwortung hat → Abschieben | <ul style="list-style-type: none"> • Risikoselektion via Exklusivverträge: Nur qualitativ schlechte Ärzte erhalten einen Vertrag |
| Alle ohne Notfall | <ul style="list-style-type: none"> • Überlastung Notfall-Stationen • Ausgeschlossene LE versuchen, über Notfall zu OKP-Beiträgen zu kommen | <ul style="list-style-type: none"> • Überlastung Notfall-Stationen • Ausgeschlossene LE versuchen, über Notfall zu OKP-Beiträgen zu kommen |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'information suffisante pour choisir. C'est quoi la qualité pour un patient ? • Risque d'une diminution de la qualité si les économies sont le seul objectif • Rationierung ohne klare Kriterien • La qualité jouera un rôle secondaire par rapport à l'économicité dans le choix du fournisseur de prestations par l'assureur • Messfehler bei Qualität • Vorenthaltung teurer Leistungen mit geringer Erfolgschance → Rationierung via Indikation | <ul style="list-style-type: none"> • Wahlrecht des Versicherers im Vergleich zu heute massiv beschränkt. Qui bono? • Messfehler bei Qualität | <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Instrumente für Qualitätsmessung • Grosse Unsicherheit bei Systemwechsel • Kantonaler Auftrag Versorgungssicherheit stark erschwert | --- |
| <ul style="list-style-type: none"> • Messfehler bei Qualität → Leute werden falsch behandelt • Leistungsverschiebung in stationären Bereich → Qualität sinkt bspw. durch längere Abwesenheit von Zuhause • All das ist ohne Aufhebung des Kontrahierungszwanges möglich via Art. 41 V KVG • Minderheiten ohne Lobby erhalten schlechte Qualität • Medical Shareholder-Value: welche Qualität zählt? | <ul style="list-style-type: none"> • Rationierung ohne klare Kriterien • «unnötige» Spitalaufenthalte, wenn Leistungen in stationären Bereich verlegt werden • rupture de la relation thérapeutique • Messfehler bei Qualität | <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Instrumente für Beurteilung des Qualitätsniveaus • Kontrolle der Versorgungssicherheit kostet viel | <ul style="list-style-type: none"> • Qui mesure la qualité? Si définition satisfaisante → Stärke • Si pas le cas → Schwäche |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiefe Qualität in Grundversicherung → Risiko-selektion in Zusatzversicherung • Baisse de la qualité → Grundversicherte – Qualität um Zusatzversicherungen zu verkaufen • Pas d'information suffisante pour choisir. C'est quoi la qualité pour un patient ? → le patient ne peut en réalité souvent pas juger de la qualité • Überblick erschwert | <ul style="list-style-type: none"> • Changement d'assureur compliqué | <ul style="list-style-type: none"> • Sehr grosser administrativer Aufwand • Erhöhung administrativer Aufwand • Erhöhung Anzahl Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich öffentliches Spital/ Privatspital: Wie Qualität in OKP messen, wenn ein Teil der Patienten Zusatzleistungen (Privatpatienten) hat? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'information suffisante pour choisir C'est quoi la qualité pour un patient ? | <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'information suffisante pour choisir C'est quoi la qualité pour un patient ? | <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung administrativer Aufwand | <ul style="list-style-type: none"> • ... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Le critère de l'économicité primera sur celui de la qualité lors du choix du FP par les assureurs • Verschiebung auf Notfallbehandlung • La qualité des prestations n'est pas jugée de la même façon selon qu'on soit un patient ou un assureur • Wie Notfall gesetzlich definieren ? • Wer bezahlt, wenn es doch kein Notfall war? • Pas d'information suffisante pour choisir. C'est quoi la qualité pour un patient ? → le patient ne peut en réalité souvent pas juger de la qualité | <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'information suffisante pour choisir. C'est quoi la qualité pour un patient ? → le patient ne peut en réalité souvent pas juger de la qualité | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • Quelle sera encore la place de la qualité (par rapport à l'économicité) ? |

| Versorgungssicherheit/Vorgaben zur Versorgungssicherheit durch | | |
|---|---|---|
| Geltungsbereich | LeistungserbringerInnen (LE) | Versicherer |
| Definition durch Bund | <ul style="list-style-type: none"> • Wenig direkter Einfluss • Loin de la pratique quotidienne • Pas de prise en compte des particularités cantonales • La Confédération est-elle vraiment l'institution la plus appropriée pour fixer des indicateurs en la matière ? • Augmentation de l'arbitraire/Baisse de l'adéquation/Baisse de la qualité • Vgl. Wirtschaftlichkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Wirtschaftlichkeit |
| Definition durch Kantone | <ul style="list-style-type: none"> • 25 solutions de trop • Qualitäts-Kriterien als Strukturhaltung • 26 systèmes = 26 définitions • Kantönlicheist | <ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Wirtschaftlichkeit |
| Vorgaben für grössere Versorgungsregionen | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitäts-Kriterien zur Strukturhaltung • Pas de définition de la région • 4 solutions de trop ! | <ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Wirtschaftlichkeit |
| Direkter Zugang zu allen LE mit Vertrag | <ul style="list-style-type: none"> • Informationsbedarf über nachgelagerte Behandlungsstufe steigt • Unnötige Spezialarztleistungen senken Qualität | <ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Wirtschaftlichkeit |
| Selektiver Zugang zu LE (Gate-Keeping) | <ul style="list-style-type: none"> • Gatekeeper muss Qualität von Spezialisten verlangen | <ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Wirtschaftlichkeit |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Regionale Bedürfnisse weniger im Vordergrund • On prend moins en compte les particularités locales | <ul style="list-style-type: none"> • ... | <ul style="list-style-type: none"> • Nivellierung nach oben | <ul style="list-style-type: none"> • Hoher Informationsbedarf wegen regionaler Besonderheiten |
| <ul style="list-style-type: none"> • Unterversorgung / Kleineres Angebot in Kantonen mit höheren Qualitäts-Anforderungen • Kantonale Unterschiede • Konzentration LE in Kantonen mit «tieferen» Qualitäts-Anforderungen • Fehlende Koordination | --- | <ul style="list-style-type: none"> • Vergleichbarkeit fraglich • Hoher Informationsbedarf | <ul style="list-style-type: none"> • ... |
| --- | --- | --- | --- |
| --- | <ul style="list-style-type: none"> • Patientensteuerung schwierig | --- | --- |
| <ul style="list-style-type: none"> • Verzögerte Behandlung durch Spezialisten • Fehl- oder Nicht-Behandlung durch Gatekeeper | <ul style="list-style-type: none"> • Verzögerte Behandlung durch Spezialisten • Fehl- oder Nicht-Behandlung durch Gatekeeper | --- | --- |

Tabelle 5: Kriterien im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs-
Stärken (Messung von Wirtschaftlichkeit und Qualität)

| Messung durch | LeistungserbringerInnen (LE) Fournisseurs de prestations (FP) | Versicherer |
|---|--|--|
| Messung durch Leistungserbringer | <ul style="list-style-type: none"> • Angstfrei = motivierend • Geringer Erhebungsaufwand im System • Günstig • Baisse de la pression extérieure • Praxisnah/direkt • Eigenverantwortung • Objektivität (Sache) • Wenig Gefahr Risiko Selektion • Valeur pédagogique plus importante • Les FP sont les plus aptes à juger du comportement de leur confrères | <ul style="list-style-type: none"> • Économies • Kein Erhebungsaufwand |
| Messung durch Branchenverbände (Leistungserbringer und Finanzierer gemeinsam) | <ul style="list-style-type: none"> • Fördert Vertrauen + gegenseitiges Verständnis • Gute Kombination Praxisnähe/Praxisbedürfnisse und gemeinsames lernen • Konsensverfahren • Selektive Daten • Weitergabe nötig und möglich • Ausgewogenheit gegeben • Einheit von Materie und Vertragspartner • Koordinierte Vergleichsmöglichkeiten → Kernprozesse • Gemeinsames Verständnis LE- Krankenversicherer • Fiable/acceptable • Bonnes connaissances du domaine | <ul style="list-style-type: none"> • Fördert Vertrauen + gegenseitiges Verständnis • Gute Kombination Praxisnähe/Praxisbedürfnisse und gemeinsames lernen • Konsensverfahren • Selektive Daten • Weitergabe nötig und möglich • Ausgewogenheit gegeben • Einheit von Materie und Vertragspartner • Koordinierte Vergleichsmöglichkeiten → Kernprozesse • Gemeinsames Verständnis LE- Krankenversicherer • Fiable/acceptable • Bonnes connaissances du domaine |
| Messung durch externe Dritte | <ul style="list-style-type: none"> • Dritter ist neutral. Empowerment Verhältnis LE/Versicherer. • «Neutral» • Objektivität gegeben • Einfacher für Patienten darstellbar • Vergleichbarkeit • Frage: Messung oder Zertifizierung durch Dritte • Diminution de l'acceptance • Anspruch an Datenerfassung → Datenqualität steigt! | <ul style="list-style-type: none"> • Dritter ist neutral. Empowerment Verhältnis LE/Versicherer. • «Neutral» • Objektivität gegeben • Einfacher für Patienten darstellbar • Vergleichbarkeit • Frage: Messung oder Zertifizierung durch Dritte • Diminution de l'acceptance • Anspruch an Datenerfassung → Datenqualität steigt! |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|---|------------------|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Datenschutz | — | <ul style="list-style-type: none"> • économies | <ul style="list-style-type: none"> • économies |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reproductibilité/Fiabilité • Transparenz | — | <ul style="list-style-type: none"> • Durch LE und Kantonsregierung akzeptierte «Planungskriterien» | <ul style="list-style-type: none"> • Durch LE und Kantonsregierung akzeptierte «Planungskriterien» • wird entlastet, müsste evtl. aggregierte Daten enthalten für Planung |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pas de conflit possible entre payeurs et décideurs • Transparenz | ... | <ul style="list-style-type: none"> • Neutral + verlässlich • Unabhängige Darstellung → Qualität der Datenbasis steigt | <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängige Darstellung → Qualität der Datenbasis steigt • Qui paie? Question importante, car si c'est le FP, le risque existe que le contrôleur externe perde de son indépendance (comme les organes de révision des SA) |

Tabelle 6: Kriterien im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs – Schwächen
(Messung von Wirtschaftlichkeit und Qualität)

| Messung durch | LeistungserbringerInnen (LE) Fournisseurs de prestations (FP) | Versicherer |
|---|--|---|
| Messung durch Leistungserbringer | <ul style="list-style-type: none"> • Kein Vergleich • Risque de subjectivité • Pas de prise en compte des coûts • Subjektivität • Selbstmessung ist normalweise nie gut • Kontrolle =? • «Manipulierbar» • Kaum anerkannt wegen Gefahr der subjektiven Interpretation • Keine Vergleichbarkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Aucune influence • Verfügbarkeit der Messergebnisse • Zweifelhaft, da Versicherer nicht einbezogen • Risque de conflit (refus de la mesure des FP) • Réduction de la fiabilité • Absence d'objectivité/Risque de contestations/Trop d'indulgence ! |
| Messung durch Branchenverbände (Leistungserbringer und Finanzierer gemeinsam) | <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung Aufwand • Pas acceptable / Risque d'une mesure orientée «économie» • Anonymität ? • Konsens mit Finanzierern über z.B. Messmethode nur schwer herzustellen (vgl. TARMED) | <ul style="list-style-type: none"> • Konsens mit Finanzierern über z.B. Messmethode nur schwer herzustellen (vgl. TARMED) |
| Messung durch externe Dritte | <ul style="list-style-type: none"> • Aufwendig + teuer • Letztlich misst immer der LE • Ist Dritter neutral? • Kontrolle ist Riesengeschäft • Impartialité? • Soumis à influence • Coûts financés par qui ? • Dritte messen und geben Daten heraus → höhere Gefahr der Risikoselektion, weil letztlich immer LE misst • Wer sagt wie/was? • Teuer → wer zahlt? • Reproductibilité • Sorte de mise sous tutelle des FP • Wer legt Kriterien fest ? Wer kontrolliert Controller? • Oui, mais qui paie? | <ul style="list-style-type: none"> • Aufwendig + teuer • Letztlich misst immer der LE • Ist Dritter neutral?? • Kontrolle ist Riesengeschäft • Impartialité? • Soumis à influence • Coûts financés par qui ? • Dritte messen und geben Daten heraus → höhere Gefahr der Risikoselektion, weil letztlich immer LE misst • Wer sagt wie/was? • Teuer → wer zahlt? • Reproductibilité • Sorte de mise sous tutelle des FP • Wer legt Kriterien fest ? Wer kontrolliert Controller? • Oui, mais qui paie? |

| Versicherte | Chronisch-Kranke | Kantone | Bund |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Si non prise en compte des coûts, les primes augmentent | <ul style="list-style-type: none"> • Si non prise en compte des coûts, les primes augmentent | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté pour l'organe de contrôle • Aucune influence • Einseitige Daten • Kein Vertrauen der Partner • Qualität der Datenbasis | <ul style="list-style-type: none"> • Einseitige Daten • Kein Vertrauen der Partner • Qualität der Datenbasis |
| <ul style="list-style-type: none"> • Risque d'économie sur le dos de la qualité. Conséquence : les primes diminuent. | <ul style="list-style-type: none"> • Risque d'économie sur le dos de la qualité. Conséquence : les primes diminuent. | <ul style="list-style-type: none"> • Risque de conflit d'intérêt (juge et partie) Wenn man Messung jenen überlässt, die zahlen → Wirksamkeit überwiegt gegenüber Qualität | ... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Risque de mesure abstraite, éloignée de la réalité | ... | <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenz/Schnittstelle nicht klar (vgl. art. 12 THG/Postulat Rossini) THG: Bundesgesetz über die technischen Handelshemmnisse • Art. 12 THG: das ganze Zertifizierungsverfahren kann man auch auf DL anwenden • Zertifizierung nach THG → Pflichtüberwachung durch Kantone | |

Anhang II

Definition Grundversorger:

- **Schweizerische Definition**
- **Europäische Definition 2002**

KHM CMPR CMB CPCM

KOLLEGIUM FÜR HAUSARZTMEDIZIN

COLLÈGE DE MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

COLLEGIO DI MEDICINA DI BASE

COLLEGE OF PRIMARY CARE MEDICINE

SCHWEIZERISCHE STIFTUNG ZUR FÖRDERUNG DER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG

FONDATION SUISSE POUR LE SOUTIEN À LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

FONDAZIONE SVIZZERA PER IL SOSTEGNO ALLA MEDICINA DI BASE

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften - Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin - Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin

Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie - Medizinische Fakultäten der Universitäten Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich

Sekretariat: Effingerstrasse 40 . 3008 Bern Telefon 031-389 92 80 . Fax 031 -389 92 82 . Email: khm@hin.ch

Definition GrundversorgerIn

GrundversorgerInnen sind Aerztinnen und Aerzte, die unselektionierte, ambulante PatientInnen in akuten Situationen, d.h. notfallmässig, aber auch langfristig und ganzheitlich medizinisch betreuen können.

Folgende Fachärztinnen und Fachärzte FMH gelten eo ipso als GrundversorgerInnen:

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin

Als GrundversorgerInnen können ebenfalls die Aerztinnen und Aerzte angesehen werden, die einen anderen Facharztstitel FMH (oder eine gleichwertige Weiterbildung) und eine « spezifische Weiterbildung in Hausarztmedizin » erworben haben.

Diese **spezifische Weiterbildung in Hausarztmedizin** besteht aus einer

- zweijährigen stationären internmedizinischen bzw. pädiatrischen Weiterbildung unter Berücksichtigung grundsätzlicher Aspekte der Probleme der ambulanten Patientenbetreuung
- anderthalbjährigen Weiterbildung in ambulanter Medizin, bestehend aus allgemeiner und innerer Medizin in Einzelpraxen, Gruppenpraxen oder in einer medizinischen Poliklinik (mindestens 1 Jahr)

- einem anderen klinischen Fach (mindestens 3 Monate) wie
 - o Chirurgie
 - o Subdisziplinen der Inneren Medizin,
 - o Gynäkologie,
 - o Kinder- und Jugendmedizin oder
 - o Psychiatrie
- unter Einbezug der Notfallmedizin (z.B. Notfallmedizinkurs gemäss Richtlinien der Plattform für Rettungswesen) und der praxisrelevanten chirurgischen Fertigkeiten. Eine Tätigkeit als Truppenarzt kann ebenfalls angerechnet werden.

In jedem Fall muss jährlich das Fortbildungsprogramm der SGAM, SGIM oder SGP absolviert werden.

Definition HausärztIn

HausärztInnen sind **GrundversorgerInnen**, welche für ihre PatientInnen unter impliziter oder expliziter Vereinbarung die erste medizinische Anlaufstelle darstellen und eine ganzheitliche medizinische Betreuung wahrnehmen.

Dies bedeutet insbesondere:

- o Erreichbarkeit, Bereitschaft zu Hausbesuchen, nötigenfalls auch ausserhalb der üblichen Arbeitszeiten (nachts, sonntags), und Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst gemäss regionalen oder kantonalen Vorschriften; bei Abwesenheiten besteht eine lückenlose Stellvertretung.
- o aktives Zuhören und verständliche Erklärungen
- o Einbezug von körperlichen, psychischen und sozialen Gegebenheiten in die Beurteilung und Behandlung
- o Einbezug des Patienten/der Patientin in die Entscheidungsfindung
- o Offenheit gegenüber alternativen Behandlungsmethoden
- o Koordination der gesamten ärztlichen Versorgung
- o zeitgerechte Überweisung der Patienten an den Spezialisten
- o patientenbezogene Gesundheitsvorsorge
- o umfassende, persönliche medizinische Betreuung

2. THE EUROPEAN DEFINITIONS 2002

THE DISCIPLINE AND SPECIALTY OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE

General practice / family medicine is an academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical specialty orientated to primary care.

i. The characteristics of the discipline of general practice/family medicine are that it:

a) is normally the point of first medical contact within the health care system, providing open and unlimited access to its users, dealing with all health problems regardless of the age, sex, or any other characteristic of the person concerned.

b) makes efficient use of health care resources through co-ordinating care, working with other professionals in the primary care setting, and by managing the interface with other specialities taking an advocacy role for the patient when needed.

c) develops a person-centred approach, orientated to the individual, his/her family, and their community.

d) has a unique consultation process, which establishes a relationship over time, through effective communication between doctor and patient

e) is responsible for the provision of longitudinal continuity of care as determined by the needs of the patient.

f) has a specific decision making process determined by the prevalence and incidence of illness in the community.

g) manages simultaneously both acute and chronic health problems of individual patients.

h) manages illness which presents in an undifferentiated way at an early stage in its development, which may require urgent intervention.

i) promotes health and well being both by appropriate and effective intervention.

j) has a specific responsibility for the health of the community.

k) deals with health problems in their physical, psychological, social, cultural and existential dimensions.

ii. The Specialty of General Practice / Family Medicine

General practitioners/family doctors are specialist physicians trained in the principles of the discipline. They are personal doctors, primarily responsible for the provision of comprehensive and continuing care to every individual seeking medical care irrespective of age, sex and illness. They care for individuals in the context of their family, their community, and their culture, always respecting the autonomy of their patients. They recognise they will also have a professional responsibility to their community. In negotiating management plans with their patients they integrate physical, psychological, social, cultural and existential factors, utilising the knowledge and trust engendered by repeated contacts. General practitioners/family physicians exercise their professional role by promoting health, preventing disease and providing cure, care, or palliation. This is done either directly or through the services of others according to health needs and the resources available within the community they serve, assisting patients where necessary in accessing these services. They must take the responsibility for developing and maintaining their skills, personal balance and values as a basis for effective and safe patient care.

iii. The Core Competencies of the General Practitioner / Family Doctor

A definition of the discipline of general practice/family medicine and of the specialist family doctor must lead directly to the core competencies of the general practitioner/ family doctor. Core means essential to the discipline, irrespective of the health care system in which they are applied.

§1. The eleven central characteristics that define the discipline relate to eleven abilities that every specialist family doctor should master. They can be clustered into six core competencies (with reference to the characteristics) :

1. Primary care management (a,b)
2. Person-centred care (c,d,e)
3. Specific problem solving skills (f,g)
4. Comprehensive approach (h,i)
5. Community orientation (j)
6. Holistic modelling (k)

§2. To practice the specialty the competent practitioner implements these competencies in three areas

- a. clinical tasks,
- b. communication with patients and
- c. management of the practice .

§3. As a person-centred scientific discipline, three background features should be considered as fundamental:

- a. Contextual: using the context of the person, the family, the community and their culture
- b. Attitudinal: based on the doctor's professional capabilities, values and ethics
- c. Scientific: adopting a critical and research based approach to practice and maintaining this through continuing learning and quality improvement.

The interrelation of core competencies, implementation areas and fundamental features, characterises the discipline and underlines the complexity of the specialty.

It is this complex interrelationship of core competencies that should guide and be reflected in the development of related agenda's for teaching, research and quality improvement.

Anhang III

Erörterte Variante der ständerätlichen Kommission

STÄNDERAT
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK)

Nr. 30 modifiziert

00.079 s Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision (Spitalfinanzierung)

Vorschlag der Verwaltung

vom 17. Februar 2003

Art. 7a Abs. 1 und 2 (neu) Information der Versicherten

¹ Die Versicherten haben jederzeit das Recht, beim Versicherer in die Liste der Leistungserbringer Einsicht zu nehmen oder über diese Auskünfte zu verlangen. Der Versicherer muss seine Versicherten zudem rechtzeitig und umfassend darüber informieren, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenversicherung mit ihm einen Vertrag über die Zulassung abgeschlossen haben, und sie über jede Änderung der Liste informieren.

² Diese Liste darf während eines Kalenderjahres nicht eingeschränkt werden. Die Bestimmungen über den Ausschluss von Leistungserbringern (Art. 59) bleiben vorbehalten.

Art. 35 Abs. 1 Bst. a und b, ^{1bis} Bst. a – c (neu), ^{1ter} (neu), ^{1quater} (neu), ^{1quinquies} (neu), ^{1sexies} (neu), ^{1septies} (neu)

¹ Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungserbringer zugelassen, welche:

a. die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen und;

b. soweit sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen Vertrag über die Zulassung mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben.

^{1bis} Die Leistungserbringer und Versicherer sind, ausser im Sonderfall, in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:

a. die medizinische Versorgung nach Absatz ^{1quater} gewahrt ist; sie müssen in jedem Kanton Verträge über die Zulassung mindestens in der vom Kanton festgelegten Anzahl nach Absatz ^{1quater} abschliessen;

b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58);

c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden.

Bei der Abschliessung von Verträgen sind jene Leistungserbringer zu bevorzugen, die in Netzwerken aktiv sind, sofern das Netzwerk mit dem Versicherer vertraglich eine Budgetverantwortung vereinbart hat.

^{1ter} Ein Sonderfall liegt vor, wenn eine Beziehung zwischen einem Leistungserbringer und einer versicherten Person aufgrund ihrer Langjährigkeit sowie des Alters und des Leidens der versicherten Person aus therapeutischen Gründen aufrecht erhalten werden muss.

^{1quater} Die Kantone erstellen eine Planung der ambulanten Versorgung. Sie bestimmen die notwendige Anzahl der Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit der Versicherten.

Die Versorgungssicherheit beurteilen sie nach den demographischen Verhältnissen und der Erreichbarkeit der Leistungserbringer. Das Angebot in den angrenzenden Kantonen ist zu berücksichtigen. Zur Beurteilung der Versorgung setzen die Kantone jeweils eine beratende Kommission ein. Sie setzt sich zusammen aus einer Vertretung des Kantons, die den Vorsitz innehat, und aus einer Vertretung der Versicherer und der Leistungserbringer.

^{1quinquies} Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Vertrages verweigert, kann dies einer kantonalen Schiedskommission, zusammengesetzt aus einer Vertretung von je zwei Personen der Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer sowie einer Vertretung des Kantons zum endgültigen Entscheid unterbreitet werden. Der Vertreter oder die Vertreterin des Kantons führt den Vorsitz.

^{1sexies} Die Verträge über die Zulassung sind für eine Dauer von vier Jahren abzuschliessen. Versicherer und Leistungserbringer können den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 18 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen. Eine Kündigung ist ausgeschlossen, wenn gestützt auf die Absätze ^{1bis}, ^{1ter} oder ^{1quater} eine Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages besteht.

^{1septies} Leistungsbringer und Versicherer können die Kündigung innert 30 Tagen nach Empfang der Kündigung bei der kantonalen Schiedskommission nach Absatz ^{1quinquies} wegen Verletzung der Absätze ^{1bis}, ^{1ter} oder ^{1quater} anfechten. Weisen sie eine unzumutbare Härte nach, so können sie die Erstreckung des Vertragsverhältnisses um höchstens drei Jahre verlangen.

Art. 41a (neu)

Die Leistungserbringer müssen die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn sie für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung erbringen dürfen.

Art. 46 Abs. 5

⁵ Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate. Erhält der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 1 Buchstabe b keinen Zulassungsvertrag mehr, so gilt er auf diesen Zeitpunkt hin als vom Tarifvertrag zurückgetreten.

Übergangsbestimmung, Abs. 7

⁷ Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die Kantone ihre Planung im ambulanten Bereich zu erstellen haben. Bis zu diesem Zeitpunkt kommen die gestützt auf Artikel 55a festgelegten Versorgungszahlen zur Anwendung.

00.079 é Loi fédérale sur l'assurance maladie. Révision partielle (financement des hôpitaux)

Proposition de l'administration

du 17 février 2003

Art. 7a, al. 1 et 2 (nouveau) Information des assurés

¹ Les assurés ont en tout temps le droit de consulter auprès de l'assureur la liste des fournisseurs de prestations ou d'exiger des renseignements à son sujet. L'assureur doit en outre indiquer à temps et de manière complète à ses assurés les fournisseurs de prestations avec lesquels il a conclu un contrat d'admission pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et les aviser de chaque changement intervenant dans la liste.

² Aucun fournisseur de prestations ne peut être radié de la liste au cours de l'année civile. Sont réservées les dispositions relatives à l'exclusion de fournisseurs de prestations (art. 59).

Art. 35, al. 1, let. a et b, 1^{bis}, let. a à c (nouveau), 1^{ter} (nouveau), 1^{quater} (nouveau), 1^{quinquies} (nouveau), 1^{sexies} (nouveau), 1^{septies} (nouveau)

¹ Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui :

- a. remplissent les conditions des articles 36 à 40, et
- b. pour autant qu'ils soient actifs dans le secteur ambulatoire, ont conclu un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs-maladie.

^{1bis} Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires contractuels, sauf cas particulier, à condition que :

- a. la couverture en soins au sens de l'al. 1^{quater} soit garantie; Ils doivent, dans chaque canton, conclure des contrats d'admission à concurrence au moins du nombre fixé par le canton en vertu de l'al. 1^{quater} ;
- b. le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations soient assurés (art. 56 et 58) ;
- c. lors de la conclusion du contrat, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels ne soient pas violées.

Les fournisseurs qui sont actifs dans le réseau, dans la mesure où celui-ci est convenu contractuellement avec l'assureur d'une responsabilité budgétaire, sont à privilégier.

^{1ter} Est considérée comme cas particulier la relation entre un fournisseur de prestation et un assuré qui, en raison de sa durée ainsi que de l'âge et de l'affection dont souffre ce dernier, doit être poursuivie par nécessité thérapeutique.

^{1quater} Les cantons établissent une planification de la couverture en soins dans le secteur ambulatoire. Ils déterminent le nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture en soins et la liberté de choix dans le rapport d'assurance. Ils jugent de la garantie de la couverture en soins en fonction des conditions démographiques et de l'accessibilité aux fournisseurs de prestations. L'offre dans les cantons limitrophes doit être prise en considération. Pour apprécier la couverture en soins, les cantons nomment une commission qui les conseille. Elle se compose d'un représentant du canton,

qui en assume la présidence, et de représentants des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations, d'autre part.

^{1quinquies} Si un assureur ou un fournisseur de prestations se voit refuser la conclusion d'un contrat, il peut soumettre ce refus à une commission arbitrale cantonale, composée de deux représentants de la fédération des assureurs, de deux représentants de la fédération des fournisseurs de prestations et d'un représentant du canton, qui tranche à titre définitif. Cette commission est présidée par le représentant du canton.

^{1sexies} Les contrats d'admission doivent être conclus pour une durée de quatre ans. Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent résilier le contrat d'admission moyennant le respect d'un délai de 18 mois pour la fin d'une année civile. La résiliation est exclue s'il y a obligation de contracter conformément aux alinéas ^{1bis}, ^{1ter} ou ^{1quater}.

^{1septies} Les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent recourir contre la résiliation auprès de la commission arbitrale cantonale prévue à l'al. ^{1quinquies} dans les 30 jours dès sa réception, en invoquant la violation des alinéas ^{1bis}, ^{1ter} ou ^{1quater}. Ils peuvent demander une prolongation du contrat d'une durée de trois ans au maximum s'ils démontrent l'existence d'une situation insupportable.

Art. 41a (nouveau)

Les fournisseurs de prestations doivent informer les assurés, avant le traitement, s'ils ne peuvent pas fournir des prestations pour leur assureur à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 46 al. 5

⁵ Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon l'al. 2 est d'au moins six mois. Est réputé retiré de la convention tarifaire le fournisseur de prestations au sens de l'art. 35, al. 1, let. b qui, à ce moment-là, n'est plus au bénéfice d'un contrat d'admission.

Disposition transitoire, al. 7

⁷ Le Conseil fédéral fixe la date pour laquelle les cantons doivent établir leur planification dans le secteur ambulatoire. Jusqu'à cette date, les chiffres relatifs à la couverture sanitaire fixés sur la base de l'article 55a s'appliquent.

Anhang IV

Stellungnahmen der Organisationen zu folgenden Fragen:

- 1. Welches ist Ihre grundsätzliche Haltung zu einer Aufhebung des Vertragszwangs?**
- 2. Angenommen die Aufhebung des Vertragszwangs wird realisiert: welche Zielsetzung sollte damit prioritär verbunden sein: Kosten(wachstums)senkung, Qualitätsverbesserung oder eine andere Zielsetzung (welche?)?**
- 3. Wie stellen Sie sich zu einer Ausdehnung der Aufhebung des Vertragszwangs auf den stationären Bereich?**
- 4. Welche abschliessenden weiteren Bemerkungen möchten Sie zu den im Rahmen dieses Berichts gemachten Arbeiten machen?**

Projet de prise de position de la FRC/ Rapport du groupe de travail «Suppression de l'obligation de contracter

La FRC s'est toujours exprimée contre le principe de la suppression de l'obligation de contracter⁸. Elle y voit, d'une part, la fin du libre choix du médecin pour les assuré-e-s, donc un changement radical de système et d'autre part, le risque du développement d'une médecine à deux vitesses puisque les assureurs seront libres de proposer dans le secteur lucratif des assurances complémentaires une offre «libre choix des prestataires de soins». Or, en l'état, les assuré-e-s n'ont aucune garantie de pouvoir conclure une telle assurance complémentaire et bon nombre d'assuré-e-s n'en auront pas les moyens financiers. Dans le même temps, la FRC a admis qu'il était raisonnable de moduler l'offre en prestations médicales afin qu'elle corresponde aux besoins de la population et, dans cette optique, elle a accepté l'instauration d'une clause du besoin pour une période de trois ans en précisant que cette mesure n'avait de sens que si les cantons s'attachaient à revaloriser la filière hospitalière afin de corriger le déséquilibre entre médecins de pratique privée (pléthore) et médecins hospitaliers (pénurie). La FRC s'engage pour un système de santé de qualité, une assurance obligatoire des soins accessible à tous et à prix raisonnable. Dans sa défense des intérêts des assuré-e-s, la FRC met l'accent sur un accès égal à l'ensemble de prestations de soins et la charge financière assumée par les assuré-e-s qui paient leurs primes.

Compte tenu de ce qui précède, la FRC rejette le **modèle A** qui propose la suppression de l'obligation de contracter la plus totale puisqu'elle concerne tous les prestataires de soins, l'ensemble des traitements ainsi que le secteur ambulatoire et le secteur stationnaire (y compris les urgences). La FRC rejette également le **modèle B** qui postule la suppression de l'obligation de contracter pour tous les prestataires de soins dans le secteur de l'ambulatoire. La FRC rejette aussi le **modèle D** qui prévoit que les jeunes médecins et les médecins âgés de plus de 65 ans soient soumis à l'obligation de contracter. Pour ce modèle, elle craint tout particulièrement que l'approvisionnement en soins ne soit plus garanti à terme, par manque de jeunes médecins découragés par cet obstacle.

Le modèle de suppression de l'obligation de contracter qui présenterait, en théorie, le moins de désavantages pour les assuré-e-s/patients est le **modèle C**, soit le modèle «ambulatoire sans fournisseurs de soins de base». Dans la mesure où bon nombre d'interrogations n'ont pas encore trouvé de réponses, la FRC demande que certaines exigences soient encore prises en compte pour que le modèle devienne acceptable:

- la compétence de déterminer le nombre de fournisseurs de prestations nécessaires pour garantir la couverture en soins doit revenir aux autorités cantonales et non aux seules caisses maladie.
- les gynécologues, tout comme les sages femmes, doivent être considérés comme des fournisseurs de soins de base et non comme des spécialistes. Les assurées doivent pouvoir conserver le libre choix du ou de la gynécologue, respectivement de la sage femme.
- les fournisseurs de soins de base doivent être soumis aux mêmes exigences de qualité que les spécialistes, même si la sanction ne peut être la suppression de l'obligation de contracter. La publicité concernant le rapport qualité/économicté doit être facilement accessible. Seules ces informations permettront aux assuré-e-s de choisir un fournisseur de soins de base en toute connaissance de cause (publication d'un Guide Santé).
- la mesure de la qualité et de l'économicté ne doit pas conduire à une sélection des risques. Les patient-e-s chroniques doivent pouvoir bénéficier d'une protection particulière.
- il est judicieux de prévoir que les assureurs sont tenus de «passer contrat» avec les prestataires (spécialistes) ayant obtenu les meilleures qualifications. La proportion de 50% permettra-t-elle de couvrir les besoins de la population?

⁸ Exposé complet des motifs, audition auprès de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, 21 février 2002

- Les prestataires de soins et les assureurs peuvent établir leur système de mesure du rapport qualité/économicité. Quid si les deux systèmes sont incohérents?

La FRC estime qu'il est judicieux d'inciter les prestataires de soins à améliorer la qualité des prestations et à prendre en compte l'aspect de leurs coûts, afin d'éviter tout traitement inutile ou peu approprié. Il reste toutefois à déterminer si la mise en concurrence des prestataires de soins concernés par la suppression de l'obligation de contracter (spécialistes) aura bien les effets escomptés. La FRC n'en est pas convaincue: la concurrence instaurée entre les caisses maladies par la LAMal devait inciter les assureurs à se démarquer en améliorant la qualité de leurs services. Or, à considérer notre expérience quotidienne (appels d'assuré-e-s), c'est plutôt la chasse aux bons risques qui s'est développée.



EIDGENÖSSISCHES VOLKSWIRTSCHAFTSDEPARTEMENT
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'ÉCONOMIE
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'ECONOMIA
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'ECONOMIA

Preisüberwachung
Surveillance des prix
Sorveglianza dei prezzi
Surveglianza dals pretschs

3003 Bern,
Effingerstr.27
☎ 031/3222101
Fax 031/322 21 08
11. März 2003

Ihr Zeichen
Votre référence
Vostra referenza
Voss segn

Unser Zeichen
Notre référence
Nostra referenza
Noss segn

Gesundheitsökonomische Beratungen
Dr. Willy Oggier

Per E-Mail an:
gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

Stellungnahme der Preisüberwachung zu den vier Fragen in Anhang 4 des Schlussberichts zum Teilprojekt «Kontrahierungszwang»

Sehr geehrter Herr Oggier

Wir beziehen uns auf Ihr E-Mail vom 6. März 2003 und nehmen nachfolgend zu den vier Fragen in Anhang 4 des Schlussberichts zum Teilprojekt «Kontrahierungszwang» wie folgt Stellung:

Frage 1: Welches ist Ihre grundsätzliche Haltung zu einer Aufhebung des Vertragszwangs?

Zuerst muss klar sein, was das Ziel ist (Frage 2).

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, bzw. der Wahlfreiheit des Versicherten in einem derart wichtigen Gebiet wie der Gesundheit rechtfertigt sich nur dann, wenn die Massnahme verspricht, ein übergeordnetes Ziel besser zu erreichen als andere weniger schwerwiegende Massnahmen.

Beide im Vordergrund stehenden Ziele (Kostensenkung, Qualitätsverbesserung) bieten keine Rechtfertigung, das erste, weil die Massnahme ungeeignet, das zweite, weil die Massnahme nicht notwendig ist. Im Einzelnen:

1. Gesundheitsmärkte sind Anbietermärkte: In solchen Märkten führen Wettbewerbsmodelle mit wenig oder gar keinen staatlichen Tarifkontrollen ganz generell zu einer Begünstigung der Leistungsanbieter. Als Beispiel dafür lassen sich die amerikanischen Preise für verschreibungspflichtige Medikamente anführen. Sie sind zufolge weitgehender Inexistenz einer staatlichen Tarifkontrolle *mehr als doppelt so teuer* wie in unserem Land!⁹

2. Die Interessen von Versicherern und Versicherten sind nicht identisch: Von einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs würden auch die Versicherer profitieren, indem sie in viel grösserem Umfang als heute ambulante Zusatzversicherungen verkaufen könnten. Damit solche ambulanten Zusatzversicherungen jedoch auf ein Interesse stossen, muss für die potentiellen Kunden ein Qualitätsunterschied zwischen dem obligatorischen Grundangebot und möglichen ambulanten Zusatzleistungen sichtbar werden (z.B. grössere Wartefristen beim Grundangebot). Es droht damit ein zusätzlicher Mittelabfluss von den Prämienzahlern an die Privatversicherungen und gleichzeitig eine Zweiklassenmedizin, was dem Soverän nur schwer zu verkaufen sein wird.
3. Infolge der weitgehenden Abschaffung einheitlicher Tarifsysteime und Tarifkontrollen droht ein Tarifchaos, Intransparenz und allgemein höhere Tarife (Anbietermarktproblematik). Damit sind weitere Kostenschübe im Gesundheitswesen zu Lasten der Prämienzahler programmiert.
4. Ein allfälliger Einbezug des Kartellgesetzes erscheint uns problematisch: Ganz abgesehen davon, dass zahlreiche weitere Instanzen involviert würden (im öffentlichen Kartellrecht sind dies die WEKO, die REKO-EVD das Bundesgericht und der Bundesrat) entstünden Probleme dadurch, dass im KG vom 6. Oktober 1995 eine strikte Trennung zwischen wettbewerblichen und anderen Argumenten eingeführt wurde. D.h. die KG anwendenden Instanzen (ausser dem Bundesrat) müssten gesundheitspolitische Argumente – selbst jene die im KVG verankert sind – schlicht ausblenden. Eine Partei, die mit dem rein wettbewerblich begründeten Entscheid der Vorinstanz(en) nicht einverstanden ist und sich auf gesundheitspolitische Argumente stützen will, müsste also zwingend an den Bundesrat gelangen. Das kann im Ernst nicht erwünscht sein.

Frage 2: Angenommen die Aufhebung des Vertragszwangs wird realisiert: Welche Zielsetzung sollte damit prioritär verbunden sein: Kosten(wachstums)senkung, Qualitätsverbesserung oder eine andere Zielsetzung (welche)?

Die Preisüberwachung glaubt aus vorgenannten Gründen nicht daran, dass mit der Aufhebung des Vertragszwangs das Kostenwachstum gebremst werden kann. Ob zur Erzielung von Qualitätsverbesserungen der Vertragszwang aufgehoben werden müsste, scheint uns auch fraglich. U.E. müsste es möglich sein, die Qualität zu verbessern und gleichzeitig die Kosten besser in den Griff zu bekommen, nur indem z.B. die staatliche Tarifkontrolle verstärkt und Netzwerke gefördert würden sowie der Ausschluss schwarzer Schafe unter den Leistungserbringern (bezüglich Kosten und Qualität) erleichtert würde.

Frage 3: Wie stellen Sie sich zu einer Ausdehnung der Aufhebung des Vertragszwangs auf den stationären Bereich?

Es gilt das unter Frage 1 und 2 angeführte. Im übrigen müssten die Ausdehnung der Vertragsfreiheit auf den stationären Bereich und die damit verbundenen Folgen anhand eines konkreten Modells im Detail studiert werden. Es droht jedenfalls bei einer solchen Massnahme, dass sich die heute schon bestehende Tendenz der Kantone, sich aus der finanziellen Verantwortung für die soziale Krankenversicherung zurückzuziehen, noch verstärken würde. Zudem würden im Vergleich zu heute auch die Spitäler in Staatsbesitz dazu verleitet, Risikoselektion bei der Aufnahme von Patienten zu betreiben (was durch die heutigen Privatspitäler bereits praktiziert wird). Erfahrungsgemäss können solche für eine Sozialversicherung negativen Handlungsanreize nur unvollständig durch entgegenwirkende staatliche Auflagen kompensiert werden, da sich der Vollzug der Auflagen als sehr schwierig erweisen würde.

Frage 4: Welche abschliessenden weiteren Bemerkungen möchten Sie zu den im Rahmen dieses Berichts gemachten Arbeiten machen?

Unseres Erachtens hätten im Rahmen der Arbeiten zu diesem Bericht verstärkt auch alternative Modelle zur Aufhebung des Vertragszwangs geprüft werden sollen, welche sich zur Eindämmung der gegenwärtigen

⁹ Vgl. Infrass, Basys: Studie im Auftrag des Bundesrates zu den Auswirkungen staatlicher Eingriffe auf das Preisniveau im Bereich Humanarzneimittel, Sept. 2002, S. 97.

tige Kostenexplosion eignen könnten (z.B. Förderung von Netzwerken, leichterem Ausschluss schwarzer Schafe bei einer gleichzeitigen Stärkung der staatlichen Tarifkontrolle, Weiterführung der Bedürfnisklausel etc.). Die starke Fokussierung auf das u.E. in Anbietermärkten wenig geeignete Wettbewerbsmodell führt dazu, dass der Politik jetzt nicht die ganze Palette der möglichen Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums aufgezeigt werden kann.

Indem wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme bedanken, verbleiben wir

mit freundlichen Grüßen

DER STELLVERTRETER

DES PREISÜBERWACHERS

Rafael Corazza

Studie Kontrahierungszwang: Stellungnahme seco

1. Welches ist Ihre grundsätzliche Haltung zu einer Aufhebung des Vertragszwangs?

In unserem Land gibt es einen weitgehenden Konsens, dass ein grosszügiger Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung gewährt werden soll. An diesem politischen Ziel ist nicht zu rütteln. Weiter herrscht Konsens darüber, dass das Gesundheitswesen möglichst effizient sein soll.

Grundsätzlich kann Effizienz über planerische Vorkehrungen oder über eine Intensivierung der Konkurrenz angestrebt werden. Welchen Weg man einschlägt, ist letztlich eine politische Frage. Indessen scheint in der Schweiz die Präferenz für eine «Staatsmedizin» gering zu sein. Aus diesem Grunde wäre die Aufhebung des Vertragszwangs als Verstärkung der Konkurrenz ein wichtiges Element der Gesundheitspolitik.

2. Angenommen die Aufhebung des Vertragszwangs wird realisiert: welche Zielsetzung sollte damit prioritär verbunden sein: Kosten(wachstums)senkung, Qualitätsverbesserung oder eine andere Zielsetzung (welche?)?

Eine weitere Ausweitung der Aufwendungen für das Gesundheitswesen im Ausmass der vergangenen Jahre ist – auch in den andern europäischen Ländern – nicht finanzierbar. Bedenklich ist der Anstieg auch darum, weil er heute noch kaum auf die demographische Alterung zurückzuführen ist. Mit deren Einsetzen dürfte damit der Druck weiter wachsen. Der Wille des Parlaments ist eindeutig: man will die Gesamtkosten in den Griff kriegen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs kann dazu beitragen, indem sie brachliegende Effizienzpotentiale nutzt. Um die Kosten zu kontrollieren reicht dagegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs allein nicht aus.

3. Wie stellen Sie sich zu einer Ausdehnung der Aufhebung des Vertragszwangs auf den stationären Bereich?

Eine Ausdehnung der Aufhebung zusammen mit dem Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung würde eine tiefgreifende Umgestaltung des Spitalwesens nach sich ziehen. Es ist fraglich, ob die Kantone angesichts der damit verbundenen Risiken und nach den umfangreichen Arbeiten zur Spitalplanung dazu Hand bieten würden. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der 2. KVG Revision bereits Anstrengungen unternommen wurden, um die finanzierungsseitigen Anreize im Spitalwesen zu verbessern. Wenn sich diese als wirksam erweisen, wäre aus der Sicht der Effizienz eine grundlegende Neuordnung weniger dringlich. Umgekehrt wäre zu prüfen, inwieweit die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im stationären Bereich auch bei einem Beibehalten des dualen Systems Wirkungen entfalten würde.

4. Welche abschliessenden weiteren Bemerkungen möchten Sie zu den im Rahmen dieses Berichts gemachten Arbeiten machen?

In der Studie «Spitalfinanzierung» findet sich ein interessanter Abschnitt, der die wettbewerbpolitischen Aspekte thematisiert. Für den ambulanten Bereich fehlt ein derartiges Kapitel vorerst.

Die Diskussionen in der Gruppe haben gezeigt, dass Modalitäten der Verhandlungen und damit die Taktik der Kontrahenten eine grosse Rolle spielen können. Eine spieltheoretische Analyse könnte sich in diesem Zusammenhang (zu einem späteren Zeitpunkt) lohnen.

Ebenfalls auf einem vorläufig relativ hohem Abstraktionsgrad wird die Frage der Tarife (freie Tarifaushandlung, Fallpauschalen, Verbandstarife → Wettbewerb, kann TARMED überleben?) behandelt.

H+ Die Spitäler der Schweiz zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs

Grundsätzliches

H+ Die Spitäler der Schweiz tritt für einen regulierten Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung ein.

Dem Bund und den Kantonen kommen dabei zur Sicherstellung der Grundversorgung folgende Aufgaben zu:

- Minimalkriterien für den Leistungskatalog
- Minimalstandards für die Versorgungssicherheit
- Verhinderung von Marktmachtmissbrauch

Im regulierten Wettbewerb müssen die Regeln des Wettbewerbs und die zu erreichenden gesundheitspolitischen Ziele für alle Partner des Gesundheitswesens festgelegt werden. Die Partner müssen zielkonforme Anreize haben, um ihre Leistungen qualitativ hochwertig und effizient zu erbringen. Ein Modell zur Aufhebung des Vertragszwangs muss unter Berücksichtigung dieser Zielsetzung beurteilt werden.

Obligatorische Rahmenbedingungen für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs

1. Aufhebung für alle Leistungserbringer

Eine partielle Aufhebung führt zur Ungleichbehandlung verschiedener Gruppen, bietet Anreize zur Risikoselektion und führt zu Leistungs- und Risikoverschiebungen (z.B. Arztpraxis zu Notfallaufnahme Spital) statt höherer Qualität und Effizienz in der Versorgungskette.

2. Wegfall von Spitalplanung und anderen Zulassungsrestriktionen

Die Beibehaltung von Spitalplanung oder anderer staatlicher Zulassungsinstrumente führt zu einer Ungleichbehandlung z.B. von öffentlichen und privaten Leistungserbringern und verhindert einen effektiven Qualitätswettbewerb unter allen Anbietern.

3. Monistische Finanzierung mit klaren Rahmenbedingungen

Die Beibehaltung einer dualen Finanzierung ermöglicht die Fortsetzung der Ungleichbehandlung öffentlicher und privater Leistungserbringer. Für die monistische Finanzierung sind klare, konsensuale Rahmenbedingungen z.B. bezüglich Vergleichbarkeit und Qualität der Leistungen notwendig, damit ein effizienter Qualitätswettbewerb entstehen und erhalten werden kann.

4. Preisbildung statt staatlich genehmigte/verordnete Tarife

In einem System mit Vertragsfreiheit sind die Preise im Markt festzulegen. Zu tief angesetzte staatliche Tarife bergen in einem System mit Vertragsfreiheit die Gefahr von Minderversorgung (Rationierung) und Risikoselektion. Die Funktion der Kantone als Tarifgenehmigungsinstanz fällt weg. Neu wird dafür für Wettbewerbsverstösse (Preisabsprachen, Kartelle, Ausnützen einer Monopol- oder Monoponsituation) die bestehende Wettbewerbsgesetzgebung anwendbar.

5. Gewinne in der Grundversicherung für Leistungserbringer und Krankenversicherer

Die Fortsetzung eines Systems der obligatorischen Weitergaben aller Einsparungen bietet keine Anreize für wirtschaftliches Handeln. Im System ohne Vertragssicherheit und ohne Gewinnmöglichkeiten bestehen sowohl für Leistungserbringer und Krankenversicherer Anreize, die Grundversicherungsleistungen zu möglichst tiefen Kosten anzubieten. Die qualitativ hochwertigen, medizinisch innovativen Leistungen werden dann über Zusatzversicherungsverträge verkauft, wo Gewinne erwirtschaftet werden können. Dies führt letztlich zu einer Minderversorgung in der Grundversicherung, Risikoselektion (Ausschluss Chronischkranker für Zusatzversicherungsverträge) und einer stark ausgeprägten Zweiklassenmedizin.

6. Einheitliche Fallklassifizierungs- und Qualitätsindikatorensysteme

Um im komplexen Gesundheitssystem einen Qualitäts- und Effizienzwettbewerb erreichen zu können, sind einheitliche Systeme zur Vergleichbarkeit von Leistungen unabdingbar.

7. Sicherstellung der Notfallversorgung

Die obligatorische Notfallversorgung muss auch in einem System ohne Vertragssicherheit garantiert bleiben. Es dürfen keine Anreize entstehen, Patienten wegen Fehlen eines Vertrages mit deren Krankenversicherung die Erstversorgung vorzuenthalten.

8. Substantielle Verbesserung des Risikoausgleichs unter den Krankenversicherern

Der gegenwärtige Risikoausgleich bietet mehr Anreize zu Risikoselektion denn zu Case Management innerhalb von Versorgungsketten. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs unter Beibehaltung des gegenwärtigen Ausgleichssystems würde die Risikoselektion durch die Möglichkeit der gezielten Auswahl «attraktiver Leistungserbringer» (z.B. junge Ärzte mit junger, risikoarmer Klientel) noch verstärken. Eine Entkopplung des Risikoausgleichs und des Vertragszwangs, wie im Vorschlag der ständerätlichen Kommission für die 2. KVG-Revision vorgesehen, ist fahrlässig und strikt abzulehnen.

Martin Birrer, Vertreter der SDK, Amt für Sozialbeiträge Basel-Stadt

Stellungnahme zum Fragenkatalog des Experten

1. Welches ist Ihre grundsätzliche Haltung zu einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges?

Der Vorstand der SDK hat zu dieser Grundsatzfrage noch keine Stellungnahme abgegeben. Innerhalb der Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen ist sie umstritten. Da sich der Auftrag im Teilprojekt «nur» auf die Erarbeitung realisierbarer Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges erstreckt, ist die Grundsatzfrage «Aufhebung ja oder nein» nicht sehr relevant. Die Beurteilung der Aufhebung des Kontrahierungszwanges hängt für die Kantone ausserdem entscheidend vom gewählten Modell und von den Rahmenbedingungen ab. Die Frage ist deshalb in dieser Form und zum jetzigen Zeitpunkt nicht eindeutig zu beantworten.

2. Angenommen die Aufhebung des Vertragszwangs wird realisiert: welche Zielsetzung sollte damit prioritär verbunden sein: Kosten(wachstums)senkung, Qualitätsverbesserung oder eine andere Zielsetzung (welche)?

Aus Sicht der Kantone ist eindeutig der Begrenzung des Kostenwachstums Priorität einzuräumen. Die Kosten- und damit die Prämienentwicklung stellt die Kantone und deren Einwohnerinnen und Einwohner vor zunehmend schwerer lösbare Probleme. Den Kantonen fehlen bisher im ambulanten Bereich griffige Instrumente zur Eindämmung des Mengenwachstums. Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwanges verbunden mit einer kantonalen Planungskompetenz im ambulanten Bereich kann dieser Systemfehler behoben werden. Von der Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist auch die Entstehung eines Qualitätswettbewerbs zwischen den Leistungserbringern zu erwarten. Dieser Effekt ist gleichfalls zu begrüssen und durch die Schaffung von einheitlichen Instrumenten zur Qualitätsbeurteilung zu fördern. Der Fokus muss aber eindeutig auf der Eindämmung des Kostenwachstums liegen.

3. Wie stellen Sie sich zu einer Ausdehnung der Aufhebung des Vertragszwangs auf den stationären Bereich?

Die Aufhebung des Vertragszwangs im stationären Bereich ist zumindest zum jetzigen Zeitpunkt abzulehnen. Die Frage steht einerseits in engem Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung, wo kein überzeugendes Modell für die monistische Spitalfinanzierung zur Verfügung steht. Zwar könnte die Verzerrung der Anreize (aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs) möglicherweise auch durch andere Instrumente korrigiert werden. Aus Sicht der Kantone stellt die Ausdehnung des Vertragsprinzips auf den stationären Bereich aber die Versorgungssicherheit in Frage. Aufgrund der in Frage gestellten Kontinuität des stationären Angebotes können sich ausserdem grosse Probleme im Bereich der Ausbildungs- und Forschungsaufgaben zahlreicher Spitäler ergeben.

4. Welche abschliessenden weiteren Bemerkungen möchten Sie zu den im Rahmen dieses Berichts gemachten Arbeiten machen?

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs birgt die Gefahr einer verstärkten Risikoselektion durch die Krankenversicherer, aber auch durch die ambulanten Leistungserbringer. Zwingende Voraussetzung für die Zielerreichung bildet deshalb eine deutliche Verbesserung des Risikoausgleiches. Damit keine kosten-treibende Verschiebung in den stationären Bereich erfolgt, muss ausserdem die Verzerrung der Anreize (ambulant/stationär) korrigiert werden.

Der Konkretisierungsgrad der Vorschläge (z. B. ambulante Bedarfzahlen, kantonale Kostenbeteiligung) ist für eine erfolgreiche Umsetzung noch nicht hinreichend.

Stellungnahme zum Fragenkatalog des Experten

1. **Positiv.** Der Vertragszwang im ambulanten (als auch im stationären) Bereich ist als systemfremdes Element aufzuheben, da er den Wettbewerb und damit Verbesserungen des Leistungs-Kosten-Verhältnisses behindert. Der Vertragszwang stellt eine unnötige, planwirtschaftliche Regulierung dar, welche die Angebotsmacht im Gesundheitswesen aufrechterhält, und die Wahlfreiheit der Krankenversicherer und der Versicherten einschränkt. Insbesondere besteht zwischen den Ärztinnen und Ärzten wegen den einheitlichen Tarifen praktisch kein Preiswettbewerb.¹⁰ Dies wird sich ändern, wenn den Krankenversicherern freigestellt wird, diejenigen Ärzte und Ärztinnen auszuwählen, die sich durch ein günstiges Leistungs-Preis-Verhältnis (für ihre Versicherten) auszeichnen.¹¹
2. Die angebotenen **medizinischen Güter und Dienstleistungen und deren Preise und Mengen sollten Ausdruck der Präferenzen von Konsumenten und Konsumentinnen** sein. Daher erachtet das Sekretariat der Wettbewerbskommission Kosteneindämmung nicht als gültiges Ziel. In einem wettbewerblich organisierten System mit regulativen Leitplanken werden Leistungen in der Regel effizient erbracht und die Konsumentenpräferenzen berücksichtigt. Dies kann zu Kosten- und Mengeneindämmung führen, sofern sie eben von den Konsumenten und Konsumentinnen gewünscht ist. Den Qualitätsanspruch der Konsumentinnen und Konsumenten beurteilen wir im Gesundheitswesen als hoch, so dass der Qualität unter wettbewerblichen Rahmenbedingungen ein hoher Stellenwert eingeräumt wird.
3. **Positiv.** Die bis anhin geltende duale Spitalfinanzierung ist durch die monistische Spitalfinanzierung zu ersetzen, in welcher der Vertragszwang aufgehoben wird. Dies führt zu mehr Wettbewerb zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern (Ausgleich der Marktmacht), so dass die Krankenversicherer ihre Aufgabe, für Effizienz, Effektivität und Wirtschaftlichkeit zu sorgen, verstärkt wahrzunehmen imstande sind.¹² Die monistische Finanzierung ist Voraussetzung für die Aufhebung des Vertragszwanges. Ohne die Aufhebung des Vertragszwanges sind die Auswirkungen betreffend Machtposition, Anreize und Verhalten von Leistungserbringern, Krankenversicherern und Kantonen gering.¹³
4. Damit die Aufhebung des Vertragszwanges Wirkung entfalten kann, sind folgende Rahmenbedingungen zu erfüllen:
 - Der Risikoausgleich ist zu verbessern.¹⁴
 - Den Krankenversicherern sollte es offen stehen, mit den Leistungserbringern für verschiedene Versicherungengruppen und Behandlungsfälle unterschiedliche Vergütungsformen und -höhen und/oder Kombinationen von Vergütungsformen aushandeln zu können.¹⁵
 - Von kantonalen und gesamtschweizerischen Verbandsverhandlungen und Einheitsverträgen betreffend Tarifen für Leistungserbringer ist abzusehen. Tarifverhandlungen sollten dem Kartellgesetz unterstellt werden.¹⁶

10 Vgl. Enthoven, Alain (1988), Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance, Lectures in Economics, Bd. 9, Amsterdam, S. 37; Wettbewerbskommission, «Tarifvertrag in der halbprivaten Zusatzversicherung. Verfügung der Wettbewerbskommission vom 1. Oktober 2001 in Sachen Untersuchung gemäss Art. 27 KG betreffend Zusatzversicherungsbereich Kanton Aargau wegen unzulässiger Wettbewerbsabreden gemäss Art. 5 KG», Recht und Politik des Wettbewerbs RPW, 4, 2001, 645-688, S. 665 f.

11 Einzig in Managed-Care-Organisationen haben die Kassen zur Zeit die Möglichkeit, Leistungserbringer auszuwählen.

12 Durch die monistische Finanzierung werden insbesondere die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Leistungserbringern (unabhängig von der Trägerschaft) sowie die Verzerrungen der relativen Preise zwischen ambulanten und stationären medizinischen Leistungen und die Verzerrung beseitigt. Vgl. Leu, Robert E. et al. (1999), Spitalfinanzierung im Umbruch. Probleme und Lösungsmöglichkeiten, Bern, S. 3 ff.

13 Vgl. Teilprojekt «Monistische Finanzierung».

14 Der Risikoausgleich hemmt die Risikoselektion und trägt damit zur Förderung des Wettbewerbs unter den Krankenversicherern bei. Allerdings ist die Formel für die Berechnung für den Risikoausgleich unvollständig und muss verbessert werden. Vgl. etwa Leu, Robert E. und Hill, Stephan (2002), Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg, Basel, 35 ff.

15 Vgl. Stüssi, Frank J. (2002), «Tarife und Wettbewerb», in: Paul Richli und Tomas Poledna (Hrsg.), Tarife im Gesundheitsrecht, Schriftenreihe des Forums für Gesundheitsrecht Nr. 4, Zürich, 77-100; 84 ff..

16 Idem, 89 ff.

Christophe Guye, Bundesamt für Sozialversicherung

Stellungnahme zum Fragenkatalog des Experten

1. Welches ist Ihre grundsätzliche Haltung zu einer Aufhebung des Vertragszwangs?

L'OFAS est favorable à un renforcement de la concurrence entre fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire notamment et partant à la suppression de la soi-disant obligation de contracter. La liberté de contracter doit inciter les partenaires (fournisseurs de prestations et assureurs) à adopter un comportement plus responsable en matière de coûts et surtout. Elle doit les inciter également à quitter leur rôle d'administrateurs pour revêtir celui d'entrepreneurs.

2. Angenommen die Aufhebung des Vertragszwangs wird realisiert: welche Zielsetzung sollte damit prioritär verbunden sein: Kosten(wachstums)senkung, Qualitätsverbesserung oder eine andere Zielsetzung (welche)?

Les études montrent en effet que la LAMal est parvenue à garantir en Suisse des soins médicaux de haute qualité, mais que par contre l'objectif de maîtrise des coûts n'a pas été atteint.

L'objectif d'un renforcement de la concurrence entre fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire notamment doit dès lors clairement être de mettre un frein à l'augmentation des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins. A défaut, la question d'un rationnement des prestations médicales va rapidement se poser, ce qui ne peut être que négatif pour la qualité des soins et de l'approvisionnement médical en général. Une certaine concurrence entre fournisseurs de prestations mais aussi entre assureurs devrait favoriser une meilleure maîtrise des coûts et ne devrait pas mettre en danger la qualité des prestations actuelle ; en effet, si les fournisseurs de prestations et les assureurs désirent être concurrentiels et surtout attractifs sur le marché, il est dans leurs intérêts de veiller à ce que les soins fournis aux assurés soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. Donc, avec la liberté de contracter, il y a lieu de considérer que les exigences du caractère économique et de la garantie de la qualité des prestations ne sont pas antagonistes.

3. Wie stellen Sie sich zu einer Ausdehnung der Aufhebung des Vertragszwangs auf den stationären Bereich?

L'OFAS est également favorable à un renforcement de la concurrence entre hôpitaux. Il y a toutefois lieu de considérer qu'une véritable concurrence dans le domaine hospitalier est plus difficile à mettre en place que dans le secteur ambulatoire du fait que l'offre est nettement plus limitée. Une telle extension pose diverses questions, dont notamment celle d'un éventuel chevauchement avec la planification cantonale, qui doit être attentivement étudiée. Il importe à cet égard qu'une suppression de l'obligation de contracter dans le domaine hospitalier ne conduise pas à un démantèlement des capacités hospitalières auquel les cantons devraient remédier par la suite aux frais des contribuables.

4. Welche abschliessenden weiteren Bemerkungen möchten Sie zu den im Rahmen dieses Berichts gemachten Arbeiten machen?

L'OFAS est pour l'essentiel d'accord avec le modèle qui met en avant comme objectif le frein à l'augmentation des coûts. Il convient toutefois de relever que ce modèle nécessitera non seulement des modifications d'ordre législative, mais aussi d'autres de nature constitutionnelle (compétence de la Confédération pour imposer aux cantons des prescriptions sur la densité minimale de la couverture en soins), ce qui prendra du temps. La question se pose également de savoir s'ils se justifie de modifier la réglementation actuelle relative à la formation des prix, dans la mesure où la LAMal est déjà très libérale et ouverte à cet égard et compte tenu du fait que la suppression de l'obligation de contracter devrait de toute façon inciter les fournisseurs, mais aussi les assureurs à faire plus usage des possibilités que la loi offre déjà (p.ex. rémunération forfaitaire dans le domaine ambulatoire).

Stellungnahme des Schweizerischen Verbandes der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG/ FSAS) zu folgenden Fragen:

1. Welches ist Ihre grundsätzliche Haltung zu einer Aufhebung des Vertragszwangs?

Wir erachten die Aufhebung des Vertragszwanges nicht als geeignetes Mittel, um die Probleme der sozialen Krankenversicherung zu lösen:

- Die Prämienexplosion kann damit nicht gestoppt werden.
- Die unsoziale Finanzierung der Krankenversicherung durch Kopfprämien und die Verschiebung der Kosten von den Kantonen auf die Versicherten wird nicht beeinflusst
- Es gibt andere Möglichkeiten, die so genannten «Schwarzen Schafe» zu bestrafen. Der Zugang zum und der Verbleib im Vertrag könnte von der Teilnahme an qualitätsfördernden Massnahmen abhängig gemacht werden und sollte den Grundsätzen der Transparenz und der Gleichberechtigung entsprechen.

2. Angenommen die Aufhebung des Vertragszwangs wird realisiert: welche Zielsetzung sollte damit prioritär verbunden sein: Kosten(wachstums)senkung, Qualitätsverbesserung oder eine andere Zielsetzung (welche)?

Die Aufhebung des Vertragszwangs sollte zu einem Qualitätswettbewerb und dadurch zu einer Verbesserung der Qualität führen.

Schlechte Qualität – und dazu gehört z.B. auch die im konkreten Einzelfall nicht angemessene Erbringung einer an sich wirksamen und wirtschaftlichen Leistung – soll von der Krankenversicherung nicht mehr bezahlt werden. Damit kann längerfristig bei geeigneten Rahmenbedingungen auch eine Kostenstabilisierung erreicht werden.

Sollte (im Rahmen der Grundversicherung) eine Reduktion der Anzahl Leistungserbringer in einem Fachbereich nötig sein, ist diese grundsätzlich über die Erhöhung der Qualitätsansprüche zu steuern und nicht über willkürliche Kriterien (wie etwa Altersbegrenzung, Abschlussjahr, usw.).

3. Wie stellen Sie sich zu einer Ausdehnung der Aufhebung des Vertragszwangs auf den stationären Bereich?

Um eine unerwünschte Verschiebung (vor allem von schlechten Risiken) vom ambulanten in den stationären Bereich zu vermeiden, ist die Aufhebung des Vertragszwanges für **alle** Leistungserbringer sinnvoll.

4. Welche abschliessenden weiteren Bemerkungen möchten Sie zu den im Rahmen dieses Berichts gemachten Arbeiten machen?

Sollte die Aufhebung des Vertragszwanges die gewünschten Wirkungen zeigen (Qualitätssteigerung und / oder Kosten(wachstums)senkung), so sind die Rahmenbedingungen für die Einführung von entscheidender Bedeutung:

- Finanzierung, finanzielle Anreize
- Risikoausgleich
- Qualitätskontrolle durch wen? nach welchen Kriterien?
- Planung und Vorbereitung der Umsetzung durch die zuständigen Organe (Kantone, Regionen?) muss sorgfältig, konkret und mit genügend Zeit erfolgen, und eine entsprechende Information **aller** Beteiligten muss garantiert werden.

Bern, 10. 03. 03, Erica Kuster, Präsidentin SVBG

Stellungnahme santésuisse zum Schlussbericht TP «Kontrahierungszwang»

1. Welches ist Ihre grundsätzliche Haltung zur Aufhebung des Vertragszwangs?

santésuisse setzt sich nachhaltig für die Einführung des Vertragsprinzips in der Grundversicherung ein.

2. Angenommen die Aufhebung des Vertragszwangs wird realisiert: welche Zielsetzung sollte damit prioritär verbunden sein: Kosten(wachstums)senkung, Qualitätsverbesserung oder eine andere Zielsetzung (welche)?

Die Fragestellung suggeriert einen Gegensatz von «Dämpfung des Kostenanstiegs in der Grundversicherung» und «qualitativer Verbesserung der medizinischen Versorgung». Dem ist nicht so. santésuisse ist vielmehr der Meinung, dass beide Zielsetzungen kurz- und mittelfristig in hohem Masse komplementärer Natur sind. Beispielsweise erlaubt das Vertragsprinzip den Krankenversicherern und Leistungserbringern, im Gegensatz zum heutigen System des Kontrahierungszwangs, freiwillig Verträge abzuschliessen, die auf eine Vernetzung bzw. Integration der medizinischen Versorgung abzielen. So können Doppel- bzw. Mehrspurigkeiten weitaus besser vermieden werden, als dies bis anhin der Fall ist. Zudem sind durch eine vermehrte Spezialisierung in der Leistungserbringung, verbunden mit einer Offenlegung der Qualität, Wettbewerbsvorteile zu erzielen, die eine genauere Zuweisung in der Behandlungskette ermöglichen. Dies ist insbesondere bei jenen Behandlungen von Vorteil, die eine Mindestanzahl von Eingriffen erfordern. In diesen Fällen ist mit tieferen Komplikationsraten zu rechnen, was c.p. zu tieferen Folgekosten führt. Solche Effekte dürften auch langfristig wirksam sein, also einen nachhaltigen Beitrag zur Dämpfung des Gesamtkostenwachstums leisten. Die Wirkungsanalyse des BSV kommt gerade bei dem Ziel der Kostendämpfung, das ja u.a. mit der Einführung des KVG im Jahr 1996 verfolgt wurde, zum Schluss, dass es bisher nicht ausreichend erreicht werden konnte. Die Kostenträger können sich dieser Einschätzung nur anschliessen.

3. Wie stellen Sie sich zu einer Ausdehnung der Aufhebung des Vertragszwangs auf den stationären Bereich?

Das Vertragsprinzip kann nach Meinung von santésuisse seine volle Wirksamkeit erst dann entfalten, wenn es sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zur Anwendung kommt.

4. Welche abschliessenden weiteren Bemerkungen möchten Sie zu den im Rahmen dieses Berichts gemachten Arbeiten machen?

Es hat sich im Laufe der Arbeiten herausgestellt, dass der Auftrag «realisierbare Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Ärzten und allenfalls Spitälern und für die monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung garantiert bleiben soll», recht ambitioniert war. Unabhängig von der sehr heterogenen Zusammensetzung der Arbeitsgruppe, in der das Meinungsspektrum von einer völligen Deregulierung der Grundversicherung bis hin zu einer weitgehenden Verstaatlichung reichte, hat sich gezeigt, dass eine Modellentwicklung ohne Beachtung der relevanten Rahmenbedingungen fragmentarisch bleibt. Aus diesem Grund hat sich der Focus der Arbeitsgruppe verschoben: Es wurden jene Bedingungen herausgearbeitet, die bei einer sinnvollen Umsetzung des Vertragsprinzips in der Grundversicherung gelten müssen. Insofern hat die Arbeitsgruppe einen (notwendigen) Schritt hinter den Auftrag zurück gemacht, was immerhin mehr als nichts ist. Es wäre zu wünschen, dass nun wieder ein Schritt vorangegangen wird, der Auftrag also angegangen wird. Dies dürfte aber einer zukünftigen Arbeitsgruppe vorbehalten bleiben.

Mail von Hanspeter Kuhn, Fürsprecher FMH vom 31. März 2003

Sehr geehrter Herr Oggier

Die Arbeiten unserer Arbeitsgruppe sind durch das Parlament auf eine Art und Weise überholt worden, dass die von Ihnen gestellten Fragen nun indirekt auch auf eine Stellungnahme zur laufenden KVG-Revision hinauslaufen. Und genau dies ist für die Ärztekammersitzung von Ende April vorgesehen, so dass ich heute namens der FMH keine Stellungnahme abgeben kann.

Ich danke Ihnen und den übrigen Beteiligten für Ihr Verständnis

Mit freundlichen Grüssen

Hanspeter Kuhn
Fürsprecher/avocat
stv. Generalsekretär/Secr. gén. adjoint FMH
Postfach 293
3000 Bern 16
Tel. 0041 (0)31 359 11 11
Fax. 0041 (0)31 359 11 12
<mailto:fmhrecht@hin.ch>

Mail von Jacques de Haller, Dr. med. vom 1. April 2003

Lieber Herr Oggier,

Merci pour votre message, et pour votre compréhension.

A la suite de mon mail de cet après-midi, je vous confirme qu'il ne me sera pas possible pour le moment, comme délégué de la FMH, de prendre position sur vos quatre questions.

Vous vous souvenez sans doute que j'avais explicitement présenté ma position dans le groupe de travail comme celle d'un «expert», médecin connaissant la pratique et le système de santé, mais en aucun cas comme celle d'un «Standespolitiker» engagé. Je suis convaincu qu'il est juste de s'en tenir à cette première idée, pour le bénéfice de notre travail à tous et de sa crédibilité.

En outre, l'actualité politique étant ce qu'elle est dans le domaine qui nous occupe, le travail de notre groupe est pratiquement dépassé déjà par celui du Parlement; et en tout état de cause, la proximité entre la problématique abordée dans votre rapport et le débat politique du moment rend toute prise de position sur votre projet éminemment politique.

Une position de la FMH dans ces conditions ne peut être définie que par la Chambre médicale; cette dernière n'est convoquée que fin avril, et de surcroît ne se prononcera probablement sur ces questions qu'après la fin du débat parlementaire, en juin, en septembre, ou en novembre, qui sait ?

Pour ces diverses raisons, je renonce donc à prendre position sur vos quatre questions.

Veillez recevoir, lieber Herr Oggier, mes salutations les meilleures.

Docteur Jacques de Haller

 Docteur Jacques de HALLER
 37, rue Dancet 1205 GENEVE - Suisse
 Tél.: +41 22 329 20 00 / Fax : +41 22 320 05 42
 Courriel : jdehaller@bluewin.ch

De : «Willy Oggier» <gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch>
Répondre à : «Willy Oggier» <gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch>
Date : Tue, 1 Apr 2003 09:37:14 +0200
À : <hkuhn@hin.ch>, <jdehaller@bluewin.ch>
Cc : <Adrian.Schmid@bsv.admin.ch>
Objet : Stellungnahme FMH

Sehr geehrte Herren

Von Ihrer Seite ist bisher keine Stellungnahme zu den vier formulierten Fragen bei mir eingegangen. Wir hatten ursprünglich eine Frist bis zum 25. März 2003 gesetzt. Ihre Organisation ist die einzige, die sich bisher nicht schriftlich geäussert hat. Auf mein Mail vom 25. März haben Sie ebenfalls beide nicht reagiert. Darf ich Sie bitten, mir mitzuteilen, ob und falls ja bis wann ich mit der Stellungnahme der FMH rechnen kann. Ich werde die anderen Beilagen (und damit auch den Entwurf des Gesamtberichts) nicht versenden, bevor ich von Ihnen nicht eine definitive Antwort habe.

Besten Dank und freundliche Grüsse

Willy Oggier

Anhang V

Mitglieder der Arbeitsgruppe Kontrahierungszwang

| Organisation/ Behörde | Name |
|---|--|
| Leiter des Teilprojekts | Willy Oggier |
| santésuisse | Amanda Brotschi Wolfram Strüwe |
| Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) | Martin Birrer |
| FMH | Jacques de Haller Hanspeter Kuhn |
| H+ | Bernhard Wegmüller |
| Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement (EVD) | Werner Aeberhardt, seco Manuel Jung, Preisüberwachung |
| Wettbewerbskommission (Weko) | Patrick Kaeser, teilweise ersetzt durch Stefano Dozio |
| Fédération Romande des Consommateurs (FRC) | Marianne Meyer |
| Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) | Erica Kuster Marie-Claude Monney Hunkeler |
| Bundesamt für Sozialversicherung | Christophe Guye Helena Kottmann |

