



economisesuisse

Bundesamt für Gesundheit
Postfach
3003 Bern

8. Juli 2004

Teilrevision in der Krankenversicherung (2. Paket)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. Mai 2004 haben Sie uns eingeladen, zu den vorgeschlagenen Teilrevisionen in der Krankenversicherung (2. Gesetzgebungspaket) Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für diese Gelegenheit. Nachfolgend finden Sie unsere Stellungnahme.

1. Strategie

economisesuisse teilt die Meinung des Bundesrates, dass seit Inkraftsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 die Ziele der Versorgungssicherheit sowie der Angleichung der Prämien im Sinne der Solidarität im Gesundheitswesen erreicht werden konnten. Die dritte Zielsetzung des KVG, die Kostendämpfung, konnte hingegen nicht erreicht werden. Kostendämpfung und Kostenkontrolle müssen demnach im Rahmen der Wiederaufnahme der KVG-Revision erste Priorität haben. Hiezu braucht es insbesondere eine Stärkung der Wettbewerbselemente, damit die wirtschaftlichen Anreize für alle Akteure im Gesundheitswesen verbessert werden.

2. Zielvision economisesuisse

Das Gesundheitswesen ist kein Markt wie jeder andere, deshalb braucht es Regulierungen im Sinne von Managed Competition. Wir streben als Fernziel ein weitgehend wettbewerbsgesteuertes Gesundheitswesen mit nachfrageorientierten Strukturen an.

3. Botschaft 2a Spitalfinanzierung

A) Grundsätzliches

Bedeutung für die Wirtschaft: Die nach wie vor starke Steigerung der Gesundheitskosten führt zu Krankenkassenprämien, welche sowohl das verfügbare Einkommen reduzieren als auch die inländische Nachfrage beeinträchtigen können. Die Revision der Spitalfinanzierung, die noch immer für beinahe 50% der Gesundheitskosten verantwortlich ist, hat deshalb für die Wirtschaft hohe Priorität. Die Schweiz hat das teuerste Spitalwesen der Welt. Die Neuregelung der Finanzierung der Spitalkosten ist deshalb unumgänglich, um den ökonomischen Wirkungsgrad der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erhöhen. Gleichzeitig ist es eine Chance, um eine der schwerwiegendsten Wettbewerbsverzerrungen im schweizerischen Gesundheitswesen anzugehen.

Eine Neuregelung sollte mehr Transparenz, Effizienz, Wettbewerb und vermehrte Steuerung über die Nachfrage bringen. Diesen Zielsetzungen kann nur eine monistische Spitalfinanzierung (Wettbewerbsmodell) in vollem Umfang gerecht werden. Deshalb fordern wir den direkten Übergang von der dualen zur monistischen Spitalfinanzierung. Die monistische Spitalfinanzierung (Wettbewerbsmodell) soll allerdings erst nach einer Übergangsfrist von 3-5 Jahren nach in Kraft treten der Revision eingeführt werden, um der Systemumstellung genügend Zeit einzuräumen. Mit einem direkten Wechsel zum Monismus würden Bundesrat und Parlament ein klares Zeichen setzen und den gesundheitspolitischen Kurs unmissverständlich vorgeben, so dass die hiezu notwendigen Anpassungen in Angriff genommen werden könnten und müssten.

Unsere Forderungen für das Spitalwesen sind:

- Mehr Transparenz
- Mehr Wettbewerb
- Abbau von Überkapazität
- Medizinische Schwerpunktbildung verbunden mit Qualitätssteigerung
- Kostendämpfung
- Verhinderung eines Rückzuges der Kantone aus der Finanzierung
- Beseitigung des Interessenkonfliktes der Kantone (Mehrfachrolle der Kantone als Spitalbetreiber, Finanzierer und Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten)
- Beseitigung der Kostenverzerrung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung (gleiches Finanzierungsregime)
- Leistungsorientierte Abgeltung (Fallkostenpauschalen) und einheitliche Tarifstrukturen
- Gleichberechtigung der Privatspitäler
- Monistische Spitalfinanzierung (Wettbewerbsmodell) mit Versicherern als Monisten und ohne Spitalplanung

Im Folgenden äussern wir uns zum bundesrätlichen Vorschlag für eine dual-fixe Finanzierung (mit der Verpflichtung einen Vorschlag für eine monistische Finanzierung bereits innerhalb von 3 Jahren vorzulegen), der für uns nur einen Schritt in die richtige Richtung darstellt, wenn er einer späteren Einführung des Monismus keine technischen Hindernisse entgegenstellt. Andernfalls ist er unzweckmässig. Im dual-fixen System wird im Vergleich zum heutigen dualen System die Finanzierung klarer und transparenter, und die betriebswirtschaftlichen Anreize werden vermehrt auf das Ziel der Kosteneindämmung ausgerichtet. Wichtige Schwachstellen bleiben aber bestehen. Dazu gehören u. a.:

- Der Interessenkonflikt der Kantone: An den bestehenden Interessenkonflikten ändert sich nichts, da die Kantone ihre Mehrfachrolle als Spitalbetreiber, Finanzierer und Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten beibehalten. Wie die mit dem KVG gemachten Erfahrungen zeigen, reduziert diese Interessensvermischung den an sich möglichen nachfrageseitigen Kostendruck in ausgeprägtem Masse.
- Kostenverzerrung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung: Da nur die stationären Kosten paritätisch finanziert werden, gibt es weiterhin eine Kostenverzerrung zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Stationäre Leistungen werden künstlich verbilligt, wodurch teilweise eine Verlagerung gewisser Behandlungen vom teureren stationären in den billigeren ambulanten Bereich verhindert wird. Kommt es zu Verschiebungen vom subventionierten stationären Sektor in den nicht subventionierten ambulanten Sektor, werden die Kantone entlastet und die Versicherer zusätzlich belastet.
- Benachteiligung der Managed Care-Organisationen (MCO): HMO erzielen im Vergleich zur konventionellen Medizin insbesondere auch Einsparungen aufgrund geringerer Hospitalisationsraten und kürzeren Aufenthaltsdauern im stationären Behandlungsfall. Wegen der Subventionierung der stationären Leistungen können sie nur einen Teil der effektiven Kosteneinsparung selber realisieren und in Form reduzierter Prämien an die Versicherten weitergeben. Dadurch wird die Entwicklung der Managed Care-Modelle behindert und der an sich mögliche Wettbewerbs- und Kostendruck stark reduziert. Bei der dual-fixen Spitalfinanzierung wären die MCO weiterhin benachteiligt, da nur der stationäre Sektor von den Kantonssubventionen profitiert.
- Mangel an Wettbewerb unter den Spitälern: U. a. aufgrund der Interessenkonflikte der Kantone und der fehlenden eigenen Rechtspersönlichkeit der öffentlichen Spitäler ist der Wettbewerb nur beschränkt möglich. Nicht konkurrenzfähige Spitäler können im Wettbewerb bleiben, indem sie höhere Pauschalen für Ihre Leistungen verlangen und, wenn kein Vertrag zustande kommt, von den Kantonen aufgrund ihrer Schiedsrichterrolle unterstützt werden.
- Mangel an Transparenz: Vollständige Kostentransparenz ist unserer Ansicht nach erst in einem monistischen System mit einem Finanzierungsträger

erreichbar.

B) Zu den einzelnen Bestimmungen:

- Leistungsorientierte Abgeltung und einheitliche Tarifstrukturen:
 economiesuisse begrüsst den Wechsel von der heutigen Objektfinanzierung (= Institutsfinanzierung) zur wettbewerbstauglichen Subjektfinanzierung (= Leistungsfinanzierung). Dadurch werden falsche ökonomische Anreize des dualen Systems beseitigt, wodurch sich Einsparungen erzielen lassen sollten. Will man Transparenz gewährleisten sowie gesamtschweizerische Vergleiche und eine einfache interkantonale Vergütung ermöglichen, so sind die Vergütungsformen nach einheitlichen Klassifizierungssystemen aufzubauen. In diesem Sinne unterstützen wir die Einführung gesamtschweizerischer einheitlicher Tarifstrukturen. Wir erachten den Vorschlag als sinnvoll, die Erarbeitung dieser Tarifstrukturen primär den Verhandlungspartnern zu überlassen und den Bundesrat nur subsidiär eingreifen zu lassen, wenn die Erarbeitung nicht innert einer vom Bundesrat festgesetzten Frist erfolgt. Mit der Zunahme der Bedeutung der Fallkostenpauschalen wird die konsequente Qualitätssicherung wichtiger, damit Patienten wegen der begrenzten Vergütung nicht zu früh aus dem Spital entlassen werden. Wir fordern deshalb die Umsetzung des Art. 58 KVG.
- Betriebs- und Investitionskosten:
 Die Aufhebung der künstlichen Trennung zwischen Investitions- und Betriebsrechnung im Spital ist zu begrüßen, da sie im Widerspruch steht mit dem Kostendämpfungsziel des KVG und aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht gerechtfertigt ist: Investitionen sind nie unabhängig vom Betrieb, Investitionen haben immer auch einen Einfluss auf die Betriebskosten (Leistungsangebot, Abschreibungen). Mit der Entstehung neuer Finanzierungsformen, insbesondere des Leasings, ist der Übergang zwischen Investitions- und Betriebskosten zudem fließend geworden. Dies rechtfertigt eine ganzheitliche Sicht im Sinne der gleichen Finanzierungsregelung für Betriebs- und Investitionskosten.
- Kostenverteilungsschlüssel:
 Die im Gesetzesentwurf vorgeschlagene hälftige Aufteilung der Kosten bedeutet aufgrund von Schätzungen ein Nullsummenspiel für die Kantone und eine Mehrbelastung von 1.1-1.2 Milliarden CHF für die Versicherer. Dies hätte einen Prämienanstieg um ca. 8-10%, verteilt auf ca. 3 Jahre, zur Folge. Wir fordern einen weitgehend prämienneutralen Kostenverteilungsschlüssel, was einen höheren Finanzierungsanteil der Kantone voraussetzt. Für einen höheren Anteil der Kantone sprechen auch die nach der Logik des KVG geschuldeten, aber bisher nicht in vollem Umfang bezahlten Sockelbeiträge der Kantone an Zusatzversicherte der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler. (Der Sockelbeitrag nach dringlichem Bundesgesetz ist auch auf der höchsten Stufe kleiner als der Sockelbeitrag nach dem Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichtes). Die Verhinderung eines weiteren Prämienanstieges muss zudem verhindert werden, um nicht den Druck für zusätzliche Prämienverbilligungen zu verstärken.

- Gleiches Planungs- und Finanzierungsregime für Privatspitäler wie für öffentliche Spitäler:
 Mit Befriedigung stellen wir fest, dass der von uns geforderte längst fällige Staatsanteil an der Grundversicherung (Sockelbeitrag) für die Patienten von nicht subventionierten Privatspitälern in Zukunft ausgerichtet werden soll. *economiesuisse* spricht sich aber gegen den Vorschlag in den Übergangsbestimmungen (Ziffer 4) zum Gesetzesentwurf aus, wonach die Kantone erst zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes Beiträge an Behandlungen in Privatspitälern ausrichten müssen. Diese zweijährige Wartefrist würde die Gleichberechtigung der öffentlichen und privaten Spitäler weiter hinauszögern. Private Anbieter sind oft gleich effiziente oder effizientere Leistungserbringer als öffentliche Anbieter. Deshalb sollen sie nicht von Gesetzes wegen benachteiligt werden.
 Was die Ausweitung der Spitalplanung auf die Privatspitäler anbelangt, sind wir der Meinung, dass solange der Kanton als Eigentümer von Spitälern die Spitallisten erstellt, immer die Gefahr besteht, dass die privaten Spitäler benachteiligt werden. Die Spitalliste bietet den Kantonen ein geeignetes Instrument, um unliebsame Konkurrenten der öffentlichen Spitäler aus dem Markt zu verdrängen und den Wettbewerb einzuschränken. Die nach KVG verlangte „angemessene“ Berücksichtigung der Privatspitäler (Art. 39 Abs. 1 Bst. d) kann aber nur bedeuten, dass alle Spitäler gleich behandelt und insbesondere nach den gleichen Leistungskriterien beurteilt werden müssen. Längerfristig streben wir eine monistische Finanzierung ohne Spitalplanung an, bei der die Spitäler und Krankenversicherer Verträge über Leistungen, Preise und Qualität aushandeln, und der Kanton lediglich die Vertragsergebnisse im Hinblick auf die Versorgungssicherheit überprüft. Im Hinblick auf dieses Ziel darf die jetzige Revision keinen Vorschub leisten für eine neue Planungsbürokratie.
- Knüpfung der Vergabe von Leistungsaufträgen an Bedingungen:
 Der bundesrätliche Vorschlag beinhaltet die Ausweitung der Spitalplanung auf die Privatspitäler und eine Knüpfung der Erteilung der von den Kantonen erteilten Leistungsaufträgen an Bedingungen, z.B. Aufnahmepflicht oder Bereitstellung von Notfalldiensten.
 Wir anerkennen, dass durch den Einbezug der Privatspitäler in die staatliche Finanzierung sich für diese als Konsequenz auch gewisse Pflichten (z.B. Leisten von Notfalldiensten etc.) ergeben.
 Was die Erstellung der kantonalen Spitallisten anbelangt, sollten die Versicherer in den Prozess der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler einbezogen werden, da sie bei der vorgeschlagenen dual-fixen Finanzierung zusätzliche finanzielle Verantwortung übernehmen. Das Prinzip „wer bezahlt, befiehlt“ sollte hier berücksichtigt werden, indem den Versicherern die Möglichkeit gegeben wird, auf die Kosten einen Einfluss auszuüben.
- Spitzenmedizin:
 Wir erachten die Bestrebungen der Kantone, eine interkantonale Koordination der Spitzenmedizin im Rahmen des Neuen Finanzausgleichs aufzubauen, als sinnvoll und unterstützen die Einräumung einer subsidiären Kompetenzübertragung an den Bundesrat in dieser KVG-Revision.

- **Interkantonale Spitalplanung:**
Wir unterstützen die vorgeschlagene Kompetenzerteilung an den Bundesrat, einige Kriterien für die kantonale Spitalplanung vorzugeben. Damit soll eine gewisse Einheitlichkeit bezüglich Art und Weise wie die Kantone ihre Kompetenz in der Spitalplanung ausüben erreicht werden und davon ausgehend eine bessere Koordination unter den Kantonen.

Anträge:

- **Art. 22a Abs.2 (neu) Datengrundlage:**
Die sehr weitgehende, breit angelegte Kompetenz des Bundes zur Datenerhebung wird in Abs. 2 verbunden mit dem Satz: „Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen“. Es fehlt ein Hinweis auf die Verhältnismässigkeit des administrativen und finanziellen Aufwandes. Der letzte Satz sollte lauten: „Die Angaben sind in der Regel und in angemessenem Rahmen kostenlos zur Verfügung zu stellen.“
- **Art. 41 Abs.1 dritter Satz, Kostenübernahme:**
Wir erachten die Beschränkung auf die Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten als zu eng und schlagen vor, sowohl den Wohnkanton als auch den Kanton, in welchem der Versicherte regelmässig einer Erwerbstätigkeit nachgeht, zu berücksichtigen. Erfahrungsgemäss erfolgen zahlreiche Konsultationen nicht im Wohnkanton, sondern im Kanton, in dem der Versicherte arbeitet. Daraus ergibt sich folgende Satzergänzung: „..., die auf der Liste des Wohnkantons des Versicherten oder des Kantons, in dem der Versicherte arbeitet, aufgeführt sind.“

4. Botschaft 2b Managed Care

A) Grundsätzliches

Die Wirtschaft sieht in den Managed-Care-Modellen ein Instrument zur Kosteneindämmung und Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung und unterstützt deshalb ihre Förderung.

Unsere Zielvision ist die integrierte Versorgung (Kombination ambulanter Netzwerke mit stationären Strukturen). Hierzu wären auch die ambulanten und stationären Vergütungsstrukturen einander anzugleichen. Das Fernziel sind Fallpauschalen für ganze Behandlungspfade, verbunden mit Qualitätssicherung, um die gute medizinische Versorgungsqualität zu gewährleisten. Die bestehenden Ärztenetzwerke sind nicht mit integrierter Versorgung gleichzusetzen, aber der Weg zur integrierten Versorgung führt in der Schweiz über den Ausbau und die Weiterentwicklung der bestehenden Netzwerke.

Unsere Grundsätze für die Managed Care-Modelle sind:

- Verankerung der integrierten Versorgungsnetze im Gesetz
- Förderung der Managed Care-Modelle durch Verbesserung der Rahmenbedingungen (Anreize für alle Beteiligten)
- Freiwilligkeit für alle Beteiligten (Versicherte, Leistungserbringer, Versicherer)
- Geteilte Budgetverantwortung (Versicherer und Leistungserbringer)
- Es soll nur so viel wie nötig gesetzlich geregelt werden, und die Definition von Einzelheiten den Vertragspartnern überlassen werden, damit die Innovationskraft des Wettbewerbs sich entfalten kann.
- Qualitätssteigerung der medizinischen Behandlung verbunden mit Kostendämpfung

Die Vernehmlassungsvorlage stimmt grundsätzlich mit der von economiesuisse vertretenen Stossrichtung überein. Insbesondere begrüßen wir die Strategie des Bundesrates, die Managed-Care-Modelle auf der Basis der Freiwilligkeit für alle Partner (Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer) und durch die Verbesserung des Umfeldes zu fördern. Unserer Meinung nach sind hier insbesondere folgende Rahmenbedingungen von Bedeutung:

- Vertragsfreiheit: Die Krankenversicherer möchten in die besonderen Versicherungsmodelle vermehrt wirtschaftliche Anreize einbauen. Sie kommen aber nicht weiter, so lange Kontrahierungszwang besteht. Denn in diesem System haben die Leistungserbringer in jedem Fall Anrecht auf Abgeltung ihrer Leistungen zu garantierten Tarifen. Sie müssen sich über die gesetzlichen Verpflichtungen hinaus keine Vorschriften von den Kassen machen lassen. Erst wenn der Kontrahierungszwang aufgehoben wird, entsteht für die Ärzte ein Anreiz in Netzwerken mitzumachen und sich auf eine Budgetverantwortung einzulassen. Die Vertragsfreiheit ermöglicht innovative Versicherungsformen, welche die Anreize für die Leistungserbringer nachhaltig verändern könnten. Insbesondere ist anzunehmen, dass die reine Einzelleistungsvergütung, die ja die ausschliessliche Ursache für das Phänomen der anbieterinduzierten Nachfrage darstellt, rasch stark zurückgedrängt würde.
- Risikoausgleich:
In unserer Stellungnahme zum 1. Paket der KVG-Revision haben wir die Verlängerung des bestehenden Risikoausgleichs unterstützt und gleichzeitig darauf hingewiesen, dass die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs unbefriedigend ist, da der Risikoausgleich lediglich ein Mittel gegen die Risikoselektion auf der Versicherer-, nicht aber auf der Leistungserbringerseite darstellt. Zudem wirkt er nur retrospektiv und erklärt mit den verwendeten Erklärungsvariablen Alter und Geschlecht lediglich ca. 4% der Gesundheitskosten. Unserer Meinung nach müssten vor allem Chronisch Kranke als Zielgruppe für Managed-Care-Modelle anvisiert werden, da insbesondere bei den Chronisch Kranken die wesentlichen Vorteile dieser Modelle wie die Kosteneindämmung und Qualitätsverbesserung der

medizinischen Behandlung zum Tragen kommen könnten. Beim heutigen Risikoausgleich besteht aber die Gefahr, dass die Versicherer gerade an dieser Gruppe von Patienten nicht interessiert sind, da der Risikoausgleich keine Morbiditätsfaktoren berücksichtigt und Versicherer mit Chronisch Kranken somit eine ungenügende Kompensation über den Risikoausgleich erhalten würden. Bei einem ungenügend morbiditätskorrigierten Risikoausgleich besteht insbesondere bei Capitation, die im bundesrätlichen Vorschlag als grundsätzliche Finanzierungsform für Managed Care-Organisationen (MCO) im Gesetz verankert werden soll (erläuternder Bericht zu Art. 41 c [neu] Abs. 2), ein Anreiz für Risikoselektion. Der heutige ungenügende Risikoausgleich könnte somit eine Hemmschwelle bei der Förderung der Managed Care-Modelle darstellen.

- **Höhere Kostenbeteiligung:** Die in der Vorlage 1D vorgeschlagene Erhöhung des Selbstbehaltes von 10% auf 20% bietet mehr Handlungsspielraum für innovative Managed-Care-Lösungen. Um Managed-Care zu fördern, sollte man Modelle bauen, die insbesondere dem Kranken einen Anreiz geben, ins Modell einzutreten. 20% der Versicherten verursachen bekanntlich 80% der Kosten. Ein tieferer Selbstbehalt stellt einen solchen Anreiz dar im Gegensatz zu einer tieferen Krankenversicherungsprämie, die vor allem als Anreiz für den Gesunden zu interpretieren ist, ein solches Modell in Anspruch zu nehmen. Wird nun der Selbstbehalt wie in der Botschaft 1D vorgeschlagen auf 20% erhöht, so erhalten Managed Care-Modelle die Möglichkeit, den Selbstbehalt im Vertrag von 20% auf 0% zu reduzieren, was eine grössere Spannweite und somit einen stärkeren Anreiz für die kranken Versicherten darstellt, in ein solches Modell einzutreten.
- **Monistische Spitalfinanzierung**
HMOs erzielen im Vergleich zur konventionellen Medizin insbesondere auch Einsparungen aufgrund vermiedener oder kürzerer Spitalaufenthalte. Dabei können sie aber nur die Hälfte einsparen im Vergleich zur konventionellen Medizin, da der Kanton mit den Subventionen die andere Hälfte bezahlt. Erst der Monismus würde diese Verzerrung infolge der einseitigen Subventionierung nur des stationären Sektors beseitigen. Bei der dual-fixen Spitalfinanzierung wären die MCO weiterhin benachteiligt, da nur der stationäre Sektor von den Kantonssubventionen profitiert. Deshalb fordern wir den direkten Übergang zu einer monistischen Finanzierung.

B) Zu den einzelnen Bestimmungen:

- **Freiwilligkeit für alle Partner (Versicherer, Leistungserbringer, Versicherte).**
Wir begrüßen es, dass der Zwang für die Versicherer zu einem flächendeckenden Angebot von besonderen Versicherungsmodellen, der in der gescheiterten 2. KVG-Revision enthalten war, zu Gunsten einer für alle Partner (Versicherer, Leistungserbringer, Versicherte) auf Freiwilligkeit basierenden Förderung von Managed Care weicht. Unserer Meinung nach liegt es an den Versicherern und Leistungserbringern, interessante Modelle anzubieten, so dass auch eine Nachfrage entsteht. Der Markt soll die Managed-Care-Modelle

gestalten. Eine gesetzliche Dekreditierung, wie sie der Vorschlag der gescheiterten 2. KVG-Revision enthielt, lehnen wir ab. Sie würde zu Pseudo-Managed-Care-Modellen führen, die dem Ruf dieser Versicherungsform mehr schaden als nutzen würde. Zudem kann im Falle einer flächendeckenden Einführung des Gatekeepermodells (HAM, HMO) aus mehreren Gründen (kurze Versuchsperiode, Aussagekraft der ersten Ergebnisse nicht repräsentativ, Selektion motivierter Ärzte, Selektion guter Risiken unter den Versicherten etc.) nicht erwartet werden, dass in gleichem Umfang wie beim heutigen nicht flächendeckenden Angebot Kosten eingespart werden.

- Budgetverantwortung der Leistungserbringer (Art. 41c Abs.2 [neu]): Die finanzielle Verantwortung muss zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern aufgeteilt werden. Andernfalls besteht bei überdurchschnittlich kostenintensiven und medizinisch sinnvollen Behandlungen die Gefahr, dass das Netzwerk finanziell unter Druck gerät und eine verdeckte Rationierung stattfindet. Wir fordern deshalb, dass im Gesetz klar das Prinzip der zwischen Versicherern und Leistungserbringern geteilten Budgetverantwortung festgehalten wird. Es sollte nicht im Zuge dieser Revision eine fundamentale Machtverschiebung zu Gunsten der Krankenkassen stattfinden.
- Vergütungsform: Gemäss dem erläuternden Bericht zu Art. 41 c Abs. 2 (neu) soll die Capitation als grundsätzliche Vergütungsform der MCO im Gesetz verankert werden, ohne dass diese Formulierung dann ausdrücklich auch im Gesetzestext aufgenommen wird. Unserer Meinung nach ist die Capitation tatsächlich eine sinnvolle Vergütungsform in MCO. Das Gesetz sollte aber auch andere Vergütungsformen zulassen, um den Handlungsspielraum der Akteure nicht von vornherein einzuengen. Im Sinne einer konsequenten Umsetzung der Wettbewerbsidee muss die Aushandlung (Höhe und Art) des Vergütungssystems den Vertragspartnern überlassen werden.
- Längere Vertragsdauer von bis zu 3 Jahren für Managed-Care-Modelle: Wir betrachten die neue Bestimmung, dass der Versicherer die Dauer des Versicherungsverhältnisses im Rahmen der besonderen Versicherungsformen auf maximal drei Jahre vorsehen kann, als entscheidenden Fortschritt. Wer ein Managed-Care-Modell wählt, wird mit einem Prämienrabatt belohnt. Vereinfacht jedoch die Gesetzgebung den „Ausstieg“ aus diesen Versicherungsvarianten im Schadensfall durch die kurzen Kündigungsfristen, wird die angestrebte Einsparung, die den Prämienrabatt rechtfertigt, zu Lasten der Solidargemeinschaft verhindert. Die Managed-Care-Modelle würden dadurch vom „Kostensparmodell“ (und Qualitätssteigerungsmodell) zum Prämienparmodell degradiert. Die Erhöhung der Vertragsdauer auf maximal drei Jahre ist unseres Erachtens ein wichtiges Instrument zur Stärkung der Eigenverantwortung sowohl auf Seiten der Versicherten wie auch der Versicherer.
- Ausstiegsmöglichkeiten des Versicherten aus einem MCO (Art. 41b Abs. 2 [neu]): Im vorliegenden Vorschlag ist ein Ausstieg des Versicherten vor Ablauf der vereinbarten Dauer des Versicherungsverhältnisses nur möglich, wenn sich die Versicherungsbedingungen wesentlich ändern. Die im erläuternden Bericht vorgenommene Differenzierung von wesentlichen (z.B. Erhöhung der Kostenbeteiligung) und unwesentlichen Änderungen (Erhöhung der Prämie,

Verminderung des Prämienrabatts, Verminderung der Rückvergütung) scheint uns nicht logisch und sollte neu durchdacht werden. Aufgrund dieser Formulierung könnte eine Versicherung mittels Prämienrabatten gute Risiken anlocken und anschliessend die Prämie erhöhen, ohne dass dies ein anerkannter Austrittsgrund für die Versicherten wäre.

- Mindestregelungen für Vertrag zwischen Netzwerken und Versicherern (Art. 41c [neu]): Die Verankerung der integrierten Versorgungsnetze im Gesetz, die Freiwilligkeit für alle Partner und die Forderung von Qualitätssicherung begrüssen wir. Die weiteren Punkte der Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Leistungserbringern einerseits (Vergütungsformen etc.) und zwischen Versicherern und Versicherten andererseits (Ein- und Austrittsmodalitäten, finanzielle Anreize etc.) sind vertraglich und nicht gesetzlich zu regeln. Die im erläuternden Bericht geforderten gesetzlichen Mindestregelungen für einen Vertrag zwischen dem Netzwerk und dem Versicherer gehen eindeutig zu weit und engen den Handlungsspielraum der Akteure zu stark ein. Viele Begriffe sind unklar und bergen somit Konfliktpotential. So ist beim Begriff Behandlungsprotokoll unklar, ob die Krankenkassen von den Leistungserbringern lediglich die Erstellung von Behandlungsprotokollen verlangen könnten, oder ob sie in die ärztliche Therapiefreiheit eingreifen könnten. Eine Festlegung von Behandlungsprotokollen zwischen Netzwerk und Versicherer wäre nicht sinnvoll und ineffizient, da Behandlungsprotokolle einem steten Optimierungsbedarf unterliegen. Bei den Begriffen „Zusammenführung der Patienteninformation“ könnten sich Datenschutzprobleme ergeben. Um der Innovationskraft des Wettbewerbs eine Chance zu geben, muss die Definition von Einzelheiten an die Vertragspartner delegiert werden.

Anträge:

- Art. 41b Abs. 2 (neu) Dauer des Versicherungsverhältnisses: Wir beantragen, den letzten Satz zu streichen, da wie oben ausführlich erläutert eine Änderung der Prämie oder der Prämienermässigung auch ein wesentlicher Austrittsgrund sein kann.
- Art. 41c Abs.1 (neu) Integrierte Versorgungsnetze:
Hier wird im Absatz 1 juristisch mit dem Begriff „Gruppe“ nicht ganz klar definiert, wer der Vertragspartner der Versicherer und Versicherten ist. Es ist zwingend, dass dies das Netzwerk und nicht einzelne Leistungserbringer im Netzwerk sind. Verträge mit jedem einzelnen Leistungserbringer sind z.B. für kleinere Versicherer kaum durchführbar. Wir beantragen deshalb im ersten Satz das Wort Gruppe zu ersetzen durch Vertragsnetzwerk von Leistungserbringern.
- Art. 41c Abs. 2 (neu) Budgetverantwortung:
Wie oben erläutert muss im Gesetz eine zwischen Versicherern und Leistungserbringern geteilte Budgetverantwortung festgeschrieben werden. Zudem fordern wir, dass gemäss Gesetz neben der im erläuternden Bericht als grundsätzliche Vergütungsform der MCO festgehaltene Capitation auch andere Vergütungsformen wie z.B. Einzelleistungen möglich sein müssen, um den Handlungsspielraum der Akteure nicht von vornherein einzuengen und um kostenintensiven Behandlungen wie Transplantationen und speziellen

Krebsbehandlungen Rechnung zu tragen. Der Absatz 2 sollte folglich ergänzt werden durch folgenden Satz: „Neben der Capitation sind auch andere Vergütungsformen möglich.“

- Art. 56 Absatz 3bis (neu)

Die Zuweisung der nicht persönlich zuzuordnenden Vergünstigungen an die gemeinsame Einrichtung der gesamten Versicherungsgemeinschaft könnte im Widerspruch zur Förderung besonderer Versicherungsformen stehen. Eine zweckbezogene Verteilungsregel wäre vorzuziehen. Wir schlagen deshalb vor, Vergünstigungen, die nicht einzelnen Versicherten zugeordnet werden können, anstatt wie im Gesetzesentwurf vorgesehen an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 weiterzugeben, zumindest teilweise den Netzwerken zu überlassen. Nur so erhalten die Netzwerke einen Anreiz, sich kosteneffizient zu verhalten. Der Satz dieses Absatzes muss deshalb lauten: ...“..., sind zumindest teilweise zu Gunsten des Netzwerkes weiter zu geben.“

5. Botschaft 2b Medikamente (Art. 52a KVG)

Im Sinne einer innovativen Wirtschaft muss der Patentschutz wirksam gesichert und eine faire Abgeltung der innovatorischen Leistungen möglich sein. Aus diesem Grund ist der vorliegende Vorschlag, der weder eine zwangsweise Verschreibung von Generika noch eine obligatorische Wirkstoffverschreibung beinhaltet, angemessen. Die ärztliche Therapie- und Verschreibungsfreiheit muss gewährleistet bleiben.

Gerade bei Patienten mit einer Dauermedikation ist die Compliance ein entscheidender Faktor für den Behandlungserfolg. Um diesen nicht zu gefährden, sollte sich die Bestimmung in Art. 52a Abs.2 und 3 KVG (neu) nur auf Verschreibungen bei neuen Patienten beziehen. Der Text sollte diesbezüglich präzisiert werden.

Im Übrigen schliessen wir uns diesbezüglich vollumfänglich der Stellungnahme der SGCI an.

Wir empfehlen unsere Ausführungen Ihrer geschätzten Aufmerksamkeit.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. Rudolf Walser
Mitglied der Geschäftsleitung



Dr. med. Menga Sandoz, MPH
Issue Manager