

Macht duales Modell Schule?

Die Anforderungen an ein neues KVG-Modell sind gross. Nicht nur in etatistischen Kreisen rauchen die Köpfe. Es gilt, mehr finanzielle Anreize zu schaffen, um Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung konsequenter zusammenzuführen. Ein überzeugendes System könnte ein duales Modell der obligatorischen Krankenversicherung sein.

Freiheits- und Staatsmodell statt Freiheits- oder Staatsmodell

Im Zusammenhang mit der vom Bundesrat im Rahmen der KVG-Teilrevisionen formulierten Botschaften zur Kostenbeteiligung, Vertragsfreiheit und zu Managed Care sind diverse weitere politische Vorstösse und Forderungen erhoben worden. Am 1. Juni 2008 hat der Schweizer Souverän den Verfassungsartikel für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung verworfen. Die etatistischen Kreise haben entsprechend Aufwind erhalten und machen sich nun an die Konzeption von staatlichen Lösungsvarianten.

Anforderungen an ein neues Modell

Ausgehend von diesen «Vorbildungen» lassen sich folgende Anforderungen an ein neues Modell formulieren:

- Die Bevölkerung will Wahlfreiheit. Dies sollte auch in unterschiedlichen Modellen zum Ausdruck kommen.
- Das Modell muss für Versicherte und Patienten akzeptabel sein.
- Analoges gilt für Kantone, Versicherer und Ärzteschaft.
- Das Modell muss sowohl politisch rechts wie politisch links stehenden Personen mehrheitlich akzeptabel erscheinen.
- Was es aus gesundheitsökonomischer Sicht zwingend braucht, sind bessere finanzielle Anreize, welche Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung konsequenter als heute zusammenführen.

Diese Anforderungen dürfte ein einziges Modell allein nicht erfüllen können – es sei denn, das Modell besteht aus zwei miteinander verbundenen Submodellen.

Grundidee des Modells

Dabei sollte sich ein Submodell eher an den Vorstellungen der Befürworter freiheitlicher, das andere eher an jenen der Befürworter eines staatlichen Ansatzes orientieren. Die Grundversicherten haben die Wahlmöglichkeit zwischen den beiden Modellen. Sie können unter Einhaltung einer bestimmten Kündigungsfrist jährlich in das andere Modell wechseln. Vorbehalten bleibt der Abschluss allfälliger langjähriger Bonus-Modelle.

Ein solches Modell könnte wie folgt aussehen:

Modell «Wahlfreiheit»

Verträge definieren das Modell für die Abdeckung der KVG-Pflichtleistungen. Wie die einzelnen Zusammenarbeitsformen zwischen Ärzten, anderen Leistungser-

bringern und Versicherern aus-
sehen, bestimmen diese gemeinsam
im Rahmen von Verträgen. Zugang
zu diesem System hat somit nur,
wer sich mit dem Vertragspartner
gemeinschaftlich zu einer Lösung
durchringen kann. Dies gilt sowohl
für Krankenversicherer als auch
Leistungserbringer.

Aus Freiheits-Überlegungen heraus
wird darauf verzichtet, Begriffe wie
«Managed Care», «Netzwerke» oder
«Budgetverantwortung» zu definie-
ren. Es sind somit verschiedene
Versicherungsvarianten möglich.

Verbandsverträge sind nicht zuge-
lassen. Kommen keine Verträge
zustande, kann der Versicherer kein
entsprechendes Modell anbieten.
Es entspricht der Logik der Freiheit,
dass ganz bewusst darauf verzichtet
wird, zwingende Vorschriften zur
Kostenbeteiligung oder zur Prämien-
ausgestaltung im Vergleich zum
Staatsversorgungs-Modell zu
formulieren.

Einzige zwingende Bedingung bleibt,
dass der Leistungskatalog der obli-
gatorischen Krankenversicherung
gegenüber dem Staatsversorgungs-
modell nicht eingeschränkt werden
darf.

Von den Aufsichtsbehörden wird im
Rahmen der Prämien genehmigung
– analog zum Bundesgesetz über
den Versicherungsvertrag – nur
noch geprüft, ob die Leistungsver-
sprechen und die Solvabilität des
Krankenversicherers sichergestellt
sind. Auf die im Rahmen dieses
Modells erarbeiteten Verträge ist
das Kartellgesetz anwendbar.

Modell «Staatsversorgung»

Grundlage für dieses Modell bilden
die heutigen gesetzlichen Grund-

lagen der obligatorischen Kranken-
versicherung. Es gilt demnach der
Vertragszwang.

Der Zugang zum System wird für
Leistungserbringer weiterhin über
den Zulassungsstopp gesteuert.
Optional ergänzt werden könnte die
Zulassung durch die Steuerung über
ein ambulantes Globalbudget. Für
die Krankenversicherer gelten die
bisherigen gesetzlichen Zulassungs-
bedingungen. In diesem Modell gibt
es nur eine Versicherungsvariante
(jene der heutigen «normalen»
Grundversicherung), keine unter-
schiedlichen Versicherungsmodelle.
Vorbehalten bleiben die Bestim-
mungen zu den wählbaren Fran-
chisen. Optional könnte im Sinne
eines noch klareren einheitlichen
Ansatzes auch auf wählbare Fran-
chisen verzichtet werden. Verbands-
verträge sind möglich. Kommt kein
Vertrag zwischen den Tarifparteien
zustande, erfolgt eine hoheitliche
Tariffestsetzung. Es gelten die im
KVG vorgesehenen Regelungen der
Kostenbeteiligung für die «normale»
Grundversicherung.

Ebenfalls weiterhin Gültigkeit hat
der Leistungskatalog. Aus dieser
Bestimmung ergibt sich, dass nicht
weniger, aber auch nicht mehr als
die dort vorgesehenen Leistungen
im Bereich des Staatsversorgungs-
Modells abgedeckt werden dürfen.
Die Überprüfung der Prämienbe-
rechnungen erfolgt durch das
Bundesamt für Gesundheit gemäss
den bisherigen Kriterien.

Als Verbindung zwischen diesen
beiden Modellen gelten folgende
Rahmenbedingungen:

– Versicherer, welche im Bereich
des Wahlfreiheits-Modells zusam-

men mit Leistungserbringern
Leistungen anbieten wollen, sind
verpflichtet, auch ein Angebot im
Bereich des Staatsversorgungs-
modells für die Versicherten zu
unterbreiten.

– Zur Aufrechterhaltung der Solida-
rität im Rahmen der Grundver-
sicherung soll der Risikoausgleich
weiterhin über das gesamte
Kollektiv der Grundversicherten
(und nicht getrennt innerhalb der
beiden Modelle) erfolgen. Verbes-
sert werden sollte der Risikoaus-
gleich aber generell, durch eine
vermehrte Morbiditätsorientie-
rung. Die neu verabschiedete For-
mel zur Berücksichtigung der
Spital- und Pflegeheimaufenthalte
stellt zwar einen Schritt in die
richtige Richtung dar, reicht aber
gerade unter dem Blickwinkel der
oben beschriebenen, vor allem im
ambulanten Bereich wirksamen
Modelle nicht aus. Denn viele
chronisch Kranke können gut ein-
gestellt und betreut über mehrere
Jahre ohne stationären Aufenthalt
ambulant hohe Kosten verur-
sachen.

Vorteile des Modells

Dieses Modell weist u.a. folgende
Vorteile auf:

- Wer Wettbewerb mit Wahlfreiheit
will, kann ihn haben. Wer Staats-
versorgung will, kann diese auch
haben.
- Das gilt sowohl für Krankenversi-
cherer als auch Ärzteschaft und
andere Leistungserbringer.
- Initiiert werden könnte mit einem
solchen Modell auch ein Wettbe-
werb der Systeme zwischen dem
Konzept des regulierten Wettbe-
werbs auf der einen und dem
staatlichen Ansatz auf der ande-
ren Seite.

- Vermieden werden können damit auch unfruchtbare Diskussionen darüber, was Managed Care ist, bzw. ob Managed Care eine bessere oder schlechtere qualitative Versorgung der Bevölkerung bzw. tiefere oder höhere Kosten verursacht. Überzeugen die Modelle die Versicherten, werden sie sich im Wettbewerb durchsetzen. Analoges gilt für die Diskussion darüber, ob Netzwerke zwingend Budgetverantwortung brauchen oder nicht.
- Der Gestaltungsspielraum für die Ärzteschaft, aber auch für andere Leistungserbringer wie Spitex-Organisationen oder Physiotherapeuten wird erhöht. Sie können zwischen zwei echten System-Alternativen in der Grundversicherung wählen und damit auch die Förderung von Netzwerken und Managed Care aktiv an die Hand nehmen.
- Am meisten Vorteile dürfte dieses Modell aber den Patientinnen und Patienten bieten. Auch sie verfügen – ähnlich wie die Leistungserbringer – über mehr Wahlmöglichkeiten. Die Bandbreite zwischen

den Alternativen kann dabei kaum grösser sein, weil sowohl staatliche als auch wettbewerbliche Modelle unterschiedlicher Ausprägungen zur Auswahl stehen dürften. Die Wahlfreiheit dürfte gegenüber heute eher noch zunehmen und durch die Weiterentwicklung eines morbiditätsorientierten Risikoausgleichs dürften unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen auch die Krankenversicherer ein grösseres Interesse an effektiven und effizienten Behandlungen für diese Versicherten bekommen. Es wird damit im Vergleich zum heutigen Zustand für die Krankenversicherer wesentlich interessanter, für ihre Versichertenkollektive alternative, massgeschneiderte Versorgungskonzepte wie Case und Care Management, Disease Management oder andere Formen integrierter Versorgung anzubieten.

Weitere Informationen

Dr.oec. HSG Willy Oggier,
Gesundheitsökonom,
gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

