

## Duale Grundversicherung – Position SGAM

In der Diskussion um die Aufhebung des Zulassungsstops hat sich die SGAM in ihrem Positionspapier vom Juni 08 für eine **bedarfsgerechte Zulassung** als Sofortmassnahme, sowie für die **Förderung von Managed Care** als mittel- und langfristige Handlung ausgesprochen.

Die nun der SGK-S zur Diskussion vorliegenden Modelle beurteilen wir wie folgt:

- Das **GDK/FMH-Modell** entspricht unseren Vorstellungen für eine bedarfsgerechte Zulassung, welche als kurzfristige Massnahme den Zulassungsstop per 1.1.10 ablösen soll.
- Die Grundsätze für eine **duale Grundversicherung** ermöglichen die Weiterentwicklung der von uns prinzipiell befürworteten Managed Care-Modelle. Der Vorschlag Oggier/Forster ist sehr offengehalten und überzeugt am meisten.

Zum **Modell Oggier/Forster** möchten wir folgende Punkte festhalten:

- Der um die Morbidität erweiterte **Risikoausgleich** ist aus unserer Sicht zwingende Voraussetzung für ein duales Versicherungsmodell. Diese Massnahme muss die Solidarität im Rahmen der Grundversicherung garantieren und eine Qualitätssteigerung in der Behandlung polymorbider Patienten zum Ziel haben.
- Das Modell bietet den Vorteil, dass das von uns als Übergangslösung favorisierte **FMH/GDK-Modell** nahtlos in das Submodell „Staatsversorgung“ integriert werden kann. Damit ist die Versorgungssicherheit durch die Kantone auch weiterhin garantiert.
- Grundsätzlich schätzen wir sehr, dass das Modell Oggier/Forster auf einer Vertragslösung beruht. Kritisch beurteilen wir hingegen das Verbot von Verbandsverträgen. Aus logistischen und statistischen Gründen sowie zum Schutz des Einzelnen vor allfälligen Willkürakten der Versicherer, sind für uns **Verträge mit Gruppen unabdingbar**, wobei „Gruppen“ definiert werden müssen. **Einzelverträge bleiben die Ausnahme**, denn solche verfügen über eine zu geringe Anzahl von Patientendaten, und haben per se zu wenig Verhandlungsgewicht.
- Zur Verhinderung von vertraglichen Auswüchsen befürwortet die SGAM die Schaffung eines **paritätischen Kontrollorgans** (Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer). Neben den rein ökonomischen Aspekten sind in den Verträgen die soft factors (Arzt-Patienten-Verhältnis, ethische Grundsätze etc.) angemessen zu berücksichtigen.
- Eine wissenschaftliche Begleitung dieses neuen Modells wäre zu begrüssen.
- Das **Grundproblem** des drohenden, vom OBSAN bestätigten **Hausärzte-Mangels** ist mit diesem Versicherungsmodell in keiner Weise gelöst. Die Möglichkeit der finanziellen Besserstellung von Hausärzten in unterversorgten Regionen ist zwar ein positiver Aspekt. Es ist aber dringend dafür zu sorgen, dass durch ein solches Modell die administrative Last für die Hausärzte nicht weiter zunimmt und damit unsere Kernaufgabe, nämlich die Betreuung kranker Menschen kompromittiert.