

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)

Änderung vom 30. September 2011

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004¹,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 12 Abs. 5

⁵ Krankenkassen dürfen weder Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen noch sich finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen.

Art. 34 Abs. 3

³ Der Bundesrat kann im Rahmen von zeitlich befristeten Pilotprojekten eine Übernahme der Kosten von Leistungen im Ausland vorsehen. Er strebt an, dass der betreffende ausländische Staat Gegenrecht gewährt.

Art. 41 Abs. 4

Aufgehoben

Gliederungstitel vor Art. 41b

2a. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Art. 41b Grundsatz

¹ Die Versicherten können mit dem Versicherer vereinbaren, Leistungen einzig bei einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c zu beanspruchen, mit dem ihr Versicherer einen Vertrag über die Behandlung und deren Steuerung abgeschlossen

¹ BBl 2004 5599

² SR 832.10

hat (Integrierte Versorgung). Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in jedem Fall versichert.

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, die nicht als integrierte Versorgung gelten, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht;
- c. die Versicherten gegen eine Prämienermässigung ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.

Art. 41c Integrierte Versorgungsnetze

¹ Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck der Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Prozess der Behandlung der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Das integrierte Versorgungsnetz muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen.

² Die Versicherer schliessen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt. Artikel 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 Leistungen vorgesehen werden, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.

³ Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.

⁴ Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten (Budgetmitverantwortung).

⁵ Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.

Art. 41d Dauer des Versicherungsverhältnisses

¹ Der Versicherer kann für die besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b, sofern er für diese eine Prämienermässigung gewährt, für das Versicherungsverhältnis neben der Dauer von einem Jahr auch eine Dauer von bis zu drei Kalenderjahren vorsehen. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

² Hat sich die versicherte Person für eine besondere Versicherungsform mit einer längeren Dauer des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 entschieden, so kann sie den Versicherer, nicht aber die Versicherungsform vor Ablauf dieser Dauer wechseln:

- a. bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen;
- b. bei einer Prämienerrhöhung, die über der durchschnittlichen Prämienerrhöhung im Kanton liegt.

³ Gegen Bezahlung der vertraglich vereinbarten Austrittsprämie kann die versicherte Person sowohl den Versicherer als auch die Versicherungsform vor Ablauf der Dauer nach Absatz 1 wechseln. Der Versicherer vereinbart mit der versicherten Person bei Vertragsabschluss die Austrittsmodalitäten; Artikel 7 bleibt vorbehalten.

Art. 57 Abs. 9

⁹ Die Versicherer können mit den in integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c zusammengeschlossenen Leistungserbringern vertraglich vereinbaren, dass diesen die Aufgaben und Zuständigkeiten der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen übertragen werden.

Art. 62 Abs. 1, 2 und 2^{bis} erster Satz

¹ Der Versicherer kann die Prämien für integrierte Versorgungsnetze nach Artikel 41c vermindern oder Rückvergütungen vorsehen.

² Aufgehoben

^{2bis} Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienerrmässigung bei den besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b Absatz 2 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. ...

Art. 64 Abs. 2 Bst. b und c, 2^{bis}, 3, 3^{bis}, 6 Bst. c und d sowie 7

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- b. 15 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt); vorbehalten bleibt Buchstabe c;
- c. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) der Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden.

^{2bis} Die Versicherer können auf die Erhebung der Kostenbeteiligung für Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden, ganz oder teilweise verzichten.

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beträgt 1000 Franken. Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt für Versicherte, die einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c angehören, beträgt maximal 500 Franken.

^{3bis} Der Bundesrat kann die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehalts nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen.

⁶ Der Bundesrat kann:

- c. *Aufgehoben*
- d. die Kostenbeteiligung für einzelne Leistungen der medizinischen Prävention, die im Rahmen von national oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden, herabsetzen oder aufheben.

⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- a. Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2;
- b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

II

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007³ (Risikoausgleich)

Ziff. 2 Abs. 2 und 5 zweiter Satz

2. Neuer Risikoausgleich

² Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko sind der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Art. 39) im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, und die durch geeignete Indikatoren abgebildete Morbidität der Versicherten, massgebend.

⁵ ... Er umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher, bezeichnet die Ausnahmen und legt weitere Indikatoren, die die Morbidität abbilden, fest.

III

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 30. September 2011 (Managed Care)

¹ Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 erfolgt drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011. Soweit in gewissen Kantonen vor diesem Zeitpunkt das Angebot eines oder mehrerer integrierter Versorgungsnetze nach Artikel 41c besteht, bestimmt der Bundesrat nach Anhörung der Kantone, dass sich in diesen Kantonen die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 richtet.

³ AS 2009 4755

² Während der dreijährigen Einführungsphase führt der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Versicherern, den Leistungserbringern und den Kantonen eine Evaluation über die Durchführung und die Wirkungen der Änderung vom 30. September 2011 durch. Hat die Änderung nicht zu einem flächendeckenden Angebot von integrierten Versorgungsnetzen geführt, schlägt der Bundesrat dem Parlament weitere Massnahmen vor. Bis zum Inkrafttreten neuer Bestimmungen, längstens aber bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011, kann der Bundesrat die Versicherer dazu verpflichten, alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern für ihre Versicherten eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anzubieten, die die Leistungen von integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c umfassen. Der Bundesrat kann die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 in den Kantonen, in denen die Massnahme noch nicht anwendbar ist, sistieren. In diesen Kantonen gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beträgt 700 Franken.

³ Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 3^{bis} erfolgt erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011.

⁴ Die beim Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011 vorhandenen Einrichtungen und Krankenkassenbeteiligungen nach Artikel 12 Absatz 5 dürfen während höchstens fünf Jahren weiterbestehen.

IV

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Ständerat, 30. September 2011

Der Präsident: Hansheiri Inderkum
Der Sekretär: Philippe Schwab

Nationalrat, 30. September 2011

Der Präsident: Jean-René Germanier
Der Sekretär: Pierre-Hervé Freléchoz

Datum der Veröffentlichung: 11. Oktober 2011⁴

Ablauf der Referendumsfrist: 19. Januar 2012

