



22. März 2012

Faktenblatt zur integrierten Versorgung (Managed Care-Vorlage)

Einleitung

Das Parlament hiess am 30. September 2011 eine weitere Revision des Krankenversicherungsgesetzes KVG gut, die sogenannte Managed Care-Vorlage.¹ Damit wollen Parlament und Bundesrat die integrierte Versorgung im Gesetz verankern, um die heutige hohe Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen, die medizinische Versorgung weiter zu verbessern und das Kostenwachstum zu bremsen. Das heute geltende Krankenversicherungssystem wird nicht in Frage gestellt.

Jede in der Schweiz wohnhafte Person muss sich gegen die Folgen von Krankheit versichern. Dabei kann sie zwischen verschiedenen Krankenversicherern und verschiedenen Versicherungsmodellen wählen. Beim Grundmodell beträgt die Franchise 300 Franken für eine erwachsene Person. Bis zu einem maximalen Selbstbehalt von 700 Franken pro Jahr muss sich der Versicherte jeweils mit 10% an den Kosten beteiligen.

Die Versicherten haben jedoch bereits heute die Wahl zwischen einer Vielzahl von Angeboten: Sie können höhere Franchisen wählen und / oder ihre Arztwahl freiwillig einschränken. Die KVG-Reform legt den Selbstbehalt für die Versicherten in solchen Modellen und im Grundmodell auf 15% fest, bei einem Maximalbetrag von 1000 Franken.

Die Versicherten können sich für ein integriertes Versorgungsnetz, wie es neu im Gesetz definiert wird, entscheiden. Hier beträgt der jährliche Selbstbehalt höchstens 10% bis maximal 500 Franken, oder er kann teilweise oder ganz entfallen. Was der Entscheid für ein integriertes Versorgungsnetz für die Versicherten weiter bedeutet, darüber wollen wir Sie auf den nächsten Seiten informieren. Weitere detaillierte Antworten zu offenen Fragen finden Sie in der FAQ-Broschüre.

1. Definition eines integrierten Versorgungsnetzes

Ein integriertes Versorgungsnetz ist ein Zusammenschluss von medizinischen Fachpersonen, die den Versicherten eine umfassende und über die gesamte Behandlungskette koordinierte Betreuung und Behandlung anbieten. Die Leistungserbringer, Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Spitäler, Pflegeheime, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Pflegende und Hebammen etc. sind von den Krankenversicherern unabhängig und frei in der Gestaltung ihres Versorgungsnetzes und seiner Rechtsform innerhalb des gesetzlichen

¹ BBI 2011 7441

Rahmens. Gemäss der KVG-Revision dürfen Krankenkassen nach einer Übergangsfrist weder selber solche Versorgungsnetze betreiben, noch sich finanziell daran beteiligen.

Das integrierte Versorgungsnetz handelt mit einem oder mehreren Versicherern (Krankenkassen) einen Vertrag aus. Darin vereinbaren die Partner insbesondere die Form der Zusammenarbeit, Kriterien und Art der Qualitätssicherung, des Datenaustauschs – im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben – und die Abgeltung der Leistungen.

1.1 Konkrete Informationen für die versicherte Person

1.1.1 Innerhalb eines Versorgungsnetzes erbrachte Leistungen

Eine versicherte Person, die sich für ein integriertes Versorgungsnetz entscheidet, geniesst gewisse gesetzliche Garantien. So muss das Versorgungsnetz den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen. Dazu gehören nicht nur ärztliche Leistungen, sondern alle gesetzlich vorgesehenen Leistungen von Apotheken, Chiropraktiker, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Hebammen, Laboratorien, Spitälern, Geburtshäusern, Pflegeheimen etc². Die versicherte Person hat mit integrierten Versorgungsnetzen also einen Ansprechpartner, der sie nicht nur medizinisch berät und weiter überweisen kann, sondern auch die Behandlung koordiniert und überwacht. Im Rahmen der definierten Behandlung können dabei auch Leistungen vorgesehen werden, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.

1.1.2 Kosten zulasten der versicherten Person

Die Prämie: Der Versicherer kann die Prämien für Versicherte, die sich einem integrierten Versorgungsnetze anschliessen, herabsetzen oder Rückvergütungen vorsehen.

Die Kostenbeteiligung: Sie besteht aus der Franchise und dem Selbstbehalt.

Nach Erreichen der Franchise bezahlt die versicherte Person 10% der Kosten, die über der Franchise liegen, höchstens jedoch 500 Franken für Erwachsene und 250 Franken für Kinder.

Wenn die Leistungen in einem integrierten Versorgungsnetz erbracht werden, kann der Versicherer zudem auf die Erhebung der Kostenbeteiligung ganz oder teilweise verzichten.

1.1.3 Einschränkung der Wahlmöglichkeiten

Mit dem Entscheid für ein integriertes Versorgungsnetz entscheidet sich die versicherte Person auch dafür, Leistungen ausschliesslich über das gewählte Versorgungsnetz zu beziehen. Das kann zum Beispiel heissen, dass sie sich damit verpflichtet, immer zuerst eine Ansprechperson im integrierten Versorgungsnetz zu kontaktieren. Diese erbringt oder veranlasst anschliessend alle weiteren Leistungen, koordiniert sie und zieht wenn nötig weitere Fachpersonen ausserhalb des Versorgungsnetzes hinzu oder überweist die Patienten.

1.1.4 Dauer des Versicherungsvertrags

Die Reform führt für besondere Versicherungsformen wie unter anderem auch für integrierte Versorgungsnetze neue Vertragsmöglichkeiten ein:

Der Versicherer kann eine Vertragsdauer von bis zu drei Jahren vorsehen – unter zwei Bedingungen:

² Eine detaillierte Beschreibung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finden Sie im Dokument «Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt, Sie fragen – wir antworten» unter folgender Adresse:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=de>

1. Eine Vertragsdauer von mehr als einem Jahr ist nur möglich, wenn der versicherten Person eine Prämienermässigung gewährt wird.
2. Der Krankenversicherer muss seinen Versicherten in jedem Fall auch eine einjährige Vertragsdauer anbieten. Sie müssen die Wahl haben.

Auch wenn die versicherte Person eine mehrjährige Vertragsdauer wählt, ist eine vorzeitige Vertragsauflösung möglich

1. bei wichtigen Änderungen der Vertragsbedingungen (z.B. wenn der Vertrag die freie Wahl des Kinderarztes oder der Kinderärztin vorsah und diese aufgehoben wird) oder
2. bei einer Prämienhöhung, die über der durchschnittlichen kantonalen Prämienhöhung liegt.

Wird mit dem Versicherer vorgängig eine Austrittsprämie vereinbart, kann die versicherte Person sowohl den Versicherer als auch die Versicherungsform jederzeit auch vor Vertragsablauf wechseln.

2. Der Leistungserbringer im integrierten Versorgungsnetz

Wenn sich ein Leistungserbringer für die Mitarbeit in einem integrierten Versorgungsnetz entscheidet, verpflichtet er sich, finanzielle Mitverantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten zu übernehmen. Diese Budgetmitverantwortung soll Anreiz für die Mitglieder des Versorgungsnetzes sein, für die Patienten und Patientinnen die optimale Behandlung zu wählen, weder unnötige Untersuchungen zu veranlassen und Therapien zu verschreiben, noch Untersuchungen mehrfach zu wiederholen. Ziel ist, die Qualität der medizinischen Behandlung und Versorgung zu verbessern und gleichzeitig unnötige Kosten zu vermeiden.

Der Leistungserbringer hat neu auch die Möglichkeit, Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu verrechnen, die zwar anerkannt, aber nicht im Leistungskatalog aufgeführt sind, wenn er sie für die therapeutische Behandlung angezeigt hält. Damit wird einerseits die therapeutische Freiheit des Arztes sowie der anderen Leistungserbringer für Versicherte in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erweitert, andererseits ist es eine Verbesserung für die Versicherten.

3. Der Krankenversicherer

Den Krankenversicherern (Krankenkassen) ist es untersagt, nach einer Übergangsfrist von fünf Jahren eigene integrierte Versorgungsnetze zu betreiben oder sich finanziell daran zu beteiligen. Sie schliessen stattdessen mit einem oder mehreren integrierten Versorgungsnetzen einen Vertrag ab. Darin vereinbaren die Partner insbesondere die Form der Zusammenarbeit, Kriterien und Art der Qualitätssicherung, des Datenaustauschs und die Abgeltung der Leistungen.

Ein weiterer zusätzlich verfeinerter Risikoausgleich soll dafür sorgen, dass sich die Jagd der Versicherer nach so genannten guten Risiken immer weniger lohnt. Der Risikoausgleich gleicht die Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenversicherer aus – zwischen Versicherern mit vorwiegend „guten“ und jenen mit vorwiegend „schlechten“ Risiken, oder anders gesagt, zwischen Krankenversicherern, die viele Versicherte mit erhöhtem Krankheitsrisiko haben, und Krankenversicherern mit vorwiegend geringen Krankheitsrisiken. Seit dem 1. Januar 2012 werden beim Risikoausgleich unter den Krankenversicherern neben Alter und Geschlecht auch Spital- oder Pflegeheimaufenthalte von mindestens drei Tagen im Vorjahr mitberücksichtigt. Der Bundesrat erhält mit der KVG-Revision die Kompetenz, weitere Kriterien mit einzubeziehen, um den Risikoausgleich weiter zu verfeinern.

4. Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

In keinem direkten Zusammenhang mit den integrierten Versorgungsnetzen steht die neue Regelung bei Mutterschaft. Neu werden sämtliche Leistungen, die während der Schwangerschaft, bei der Geburt und einer gewissen Zeit danach beansprucht werden, von der Kostenbeteiligung befreit. Das heisst für Schwangere, dass sie sich auch bei Komplikationen nicht mehr an den Kosten für medizinische Leistungen beteiligen müssen. Damit werden Frauen, die wegen Komplikationen während der Schwangerschaft medizinische Hilfe benötigen, jenen Frauen mit problemlosen Schwangerschaften gleichgestellt. Heute sind gemäss Eidgenössischem Versicherungsgericht Kosten für die Behandlung von Komplikationen bei Schwangerschaft normale Krankheitskosten, an denen sich die Versicherten beteiligen müssen.

5. Inkrafttreten der Reform

Krankenversicherer und Leistungserbringer haben drei Jahre Zeit, integrierte Versorgungsnetze aufzubauen. In dieser Zeit gilt beim Selbstbehalt die heute geltende Regelung einer Kostenbeteiligung von 10% bis zum Maximalbetrag von 700 Franken pro Jahr. Der Bundesrat kann jedoch bereits vor Ablauf der Frist die neue differenzierte Kostenbeteiligung in einem Kanton zulassen, wenn er das Angebot an integrierten Versorgungsnetzen als genügend erachtet und der Zugang zu diesen Netzen für die Versicherten im ganzen Kanton gewährleistet ist.

Wo das Angebot an integrierten Versorgungsnetzen nach Ablauf der drei Jahre ungenügend ist, kann der Bundesrat die Versicherer dazu verpflichten, ihren Versicherten integrierte Versorgungsnetze anzubieten. Gleichzeitig kann er die Sistierung der differenzierten Kostenbeteiligung in Regionen mit einem ungenügenden Angebot für zwei weitere Jahre verfügen und dem Parlament weitere Massnahmen zur Förderung integrierter Versorgungsnetze vorschlagen.

6. Fazit

Die KVG-Revision (sogenannte Managed Care-Vorlage) legt den gesetzlichen Rahmen fest, um integrierte Versorgungsnetze zu fördern, die sich als qualitativ hochstehend und wirkungsvoll erwiesen haben. Die Elemente und Instrumente, die für ein gutes Funktionieren und Effizienz der integrierten Versorgungsnetze unabdingbar sind, etwa die Budgetmitverantwortung, werden mit der Managed-Care-Vorlage im Gesetz verankert. Patientinnen und Patienten sollen mit dieser Vorlage in der ganzen Schweiz Zugang zu qualitativ hochwertigen Versorgungsnetzen erhalten. Die Vorlage legt den gesetzlichen Rahmen fest, damit Krankenversicherer und Leistungserbringer innovative Modelle und Lösungen für ihre Versicherten, für Patienten und Patientinnen entwickeln können.

Vergleich der Versicherungsformen

	Standard-Versicherungsform	Besondere Versicherungsformen			
		Wählbare Franchisen	Bonusversicherung	Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers	
				Heutige Formen	Integriertes Versorgungsnetz
Kurzbeschreibung	Versicherung, bei der die versicherte Person ihren Leistungserbringer frei wählen kann; bei dieser Versicherungsform beträgt die Franchise 300 CHF	Versicherung, bei der die versicherte Person eine Prämienermässigung erhält, wenn sie eine höhere Franchise wählt (500, 1000, 1500, 2000 oder 2500 CHF)	Versicherung, bei welcher die Höhe der Prämie davon abhängt, ob die versicherte Person während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen hat oder nicht	Versicherung, bei der die versicherte Person eine Prämienermässigung erhält, wenn sie akzeptiert, Leistungen bei den vom Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung ausgewählten Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen	Versicherung, bei der die versicherte Person sich verpflichtet, einzig über ein integriertes Versorgungsnetz Leistungen zu beanspruchen
Wahl des Leistungserbringers	Frei	Frei	Frei	Auf die vom Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung ausgewählten Leistungserbringer beschränkt	Auf ein integriertes Versorgungsnetz beschränkt
Leistungen	Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und im Rahmen der definierten Behandlung auch Leistungen, die darüber hinausgehen
Prämie	Ordentliche Prämie	Prämienermässigung	Hängt davon ab, ob die versicherte Person während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen hat	Prämienermässigung	Voraussichtlich Prämienermässigungen oder Rückvergütungen

Selbst-behalt	15 % der die Franchise übersteigenden Kosten	15 % der die Franchise übersteigenden Kosten	15 % der die Franchise übersteigenden Kosten	15 % der die Franchise übersteigenden Kosten	10 % der die Franchise übersteigenden Kosten
Jährlicher Höchst-betrag des Selbst-behalts bei Erwachsenen	1000 CHF	1000 CHF	1000 CHF	1000 CHF	500 CHF
Vertrags-dauer	<p>Kündigungsmöglichkeit auf Mitte und Ende eines Kalenderjahres, mit dreimonatiger Kündigungsfrist: → Kündigung per 30.06. (Mitteilung bis 31.03.) → Kündigung per 31.12. (Mitteilung bis 30.09.)</p> <p>Bei Ankündigung einer neuen Prämie Kündigungsmöglichkeit auf Ende des Monats, der dem Inkrafttreten der neuen Prämie vorausgeht, mit einmonatiger Kündigungsfrist: → In der Regel Kündigung per 31.12. (Mitteilung bis 30.11.)</p>	<p>Kündigungsmöglichkeit auf Ende eines Kalenderjahres, mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten bzw. einem Monat, wenn eine neue Prämie angekündigt wurde: Kündigung per 31.12. → Mitteilung bis 30.09. → Mitteilung bis 30.11., wenn eine neue Prämie angekündigt wurde</p> <p>Neue Möglichkeiten für die besonderen Versicherungsformen:</p> <p>Der Versicherer kann eine Vertragsdauer von bis zu drei Jahren vorsehen – dies unter zwei Bedingungen: → Einerseits ist eine längere Vertragsdauer nur möglich, wenn der versicherten Person eine Prämienermässigung gewährt wird. → Andererseits muss der Krankenversicherer seinen Versicherten auf jeden Fall die Möglichkeit bieten, sich für eine Vertragsdauer von einem Jahr zu entscheiden.</p> <p>Wenn die versicherte Person eine längere Vertragsdauer wählt, sind Vertragsänderungen in bestimmten Fällen dennoch möglich: → Möglichkeit, den Versicherer zu wechseln: <ul style="list-style-type: none"> • bei wesentlichen Änderungen der Vertragsbedingungen (z. B. wenn der Vertrag die freie Wahl des Kinderarztes vorsah und diese aufgehoben wird); oder • bei einer Prämienerrhöhung, die über der durchschnittlichen Prämienerrhöhung im Kanton liegt. → Möglichkeit, den Versicherer und die Versicherungsform zu wechseln: gegen Bezahlung einer mit dem Versicherer vorgängig vertraglich vereinbarten Austrittsprämie.</p>			