

KVG-Revision:

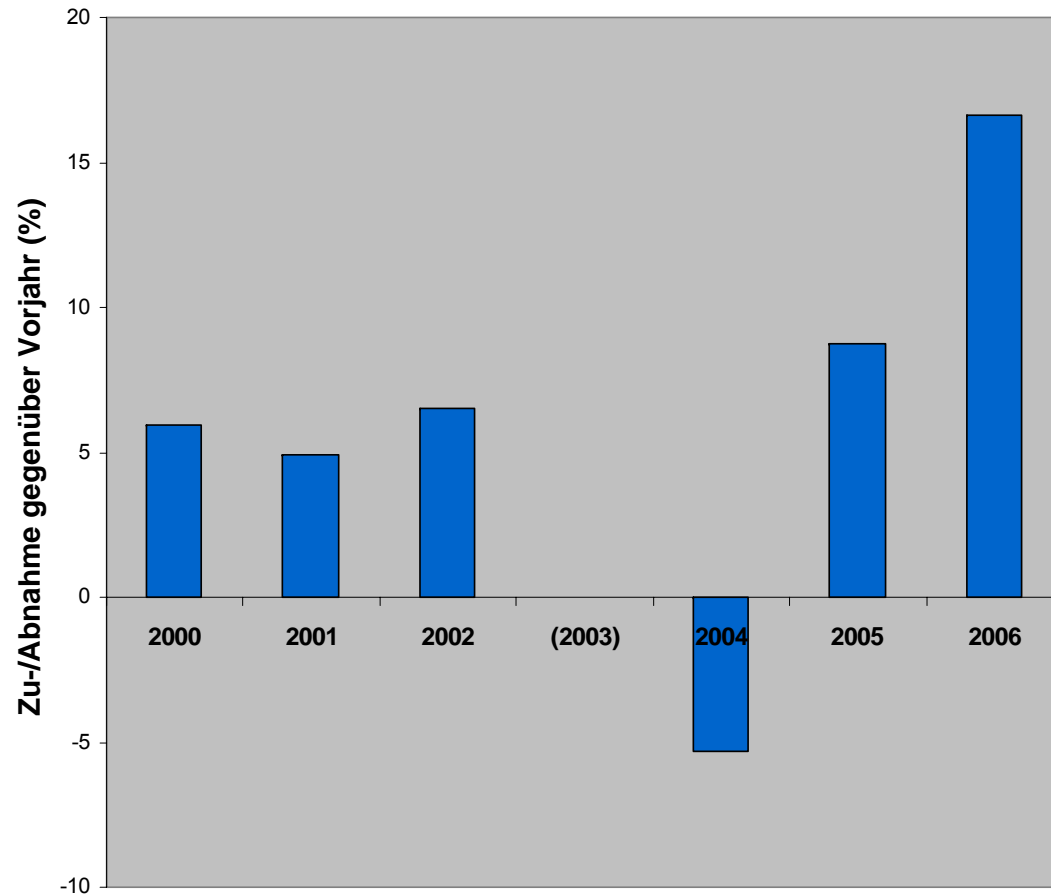
FMH-Vorschläge zur Förderung
Managed Care

Hanspeter Kuhn
Rechtsdienst FMH

10 Jahren Managed Care in der Schweiz: ein Leistungsausweis

- Vielzahl von Hausarzt- / Ärztenetzwerken, HMOs mit unterschiedlichen Finanzierungsmodellen (Budgetverantwortung / Capitation etc.)
- Prozessoptimierungen im ambulanten UND stationären Sektor (Case-/Disease Management etc.)
- Nachweis einer hohen Qualität UND besserer Wirtschaftlichkeit
- Engagement grosser Versicherer
- Versicherte/Patienten: steigende Akzeptanz NICHT nur aus finanziellen Gründen (Prämienrabatte)

10 Jahren Managed Care in der Schweiz: Entwicklung der Versicherten-Zahlen



Erhebung MC-Modelle in der Schweiz.
Forum Managed Care/BAG 2006

Managed Care fördern – Thesen FMH

Rollenverteilung: Berufsorganisationen unterstützen, die Netzwerke gestalten die MC Modelle

Managed Care fördert die Vernetzung, optimiert die Betreuung entlang der Behandlungskette – steigert die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit.

Bleibt eine Entwicklungswerkstatt:
freiwillige Teilnahme – unterschiedliche Modelle

Notwendige Elemente:

- eindeutige Spielregeln für die Partner (Verträge)
- für die Steuerung relevante Daten müssen vorliegen
- Verbesserungen im Risikoausgleich

Managed Care fördern – Anreizstruktur

Patient / Konsument:

optimierte Versorgung
differenzierte Kostenbeteiligung
Prämienrabatt

Versicherer:

haushälterischer Umgang mit Ressourcen fördern
attraktive Versicherungsprodukte (Disease Management)

Ärztin / Ärztenetzwerk

Anerkennung der Leistung zur Systementwicklung
neue Formen der Existenzsicherung

Politik:

notwendige Veränderungen (endlich) ermöglichen
Grundlage für Innovationen schaffen (Taggeldversicherung)

Aufhebung Vertragszwang ist unnötig

Ärztedemografie hat geändert:

Mangel oder Verteilungsproblem? Kein Überfluss

Einseitige Gewichtung:

Versicherer wählen nur nach wirtschaftlichen Kriterien aus - unzulässige Machtkonzentration bei Versicherern

Komplizierung der Betreuung der Patienten:

Verlust der freien Arztwahl – Druck zur Risikoselektion
– Benachteiligung von Patienten mit chronischen Leiden

Massiver Eingriff in das Gesundheitssystem:

ist das Referendum zu ergreifen?

Konkrete Vorschläge fürs das KVG

Risikoausgleich (Art. 18 und 43): Verbessern

Neuer Grundsatzartikel zu Managed Care (41a):

Vertrag als Basis; Wesentliche Vertragsinhalte;
Pflichtleistungen

Tarifverträge (43 und 46): zwischen Versicherer und
Leistungserbringer (LE) oder (neu) zwischen
Managed Care Organisation und übrigen LE

Monistische Spitalfinanzierung (49 Abs. 3)

Kostenbeteiligung (64)

Konkrete Vorschläge fürs das KVG

Art. 18a - Risikoausgleich *zwischen Versicherern*

1 [gemäss Fassung Ständerat vom 8. März 2006]

2 Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko ist *insbesondere* der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr massgebend; *der Bundesrat legt weitere geeignete Kriterien fest, welche die Morbidität abbilden.*

Konkrete Vorschläge fürs das KVG

Art. 41a (neu) *Managed Care und andere besondere Versicherungsformen*

1 Die Versicherten können ihr Wahlrecht auf *Netzwerke* beschränken, *mit denen der Versicherer einen Managed Care-Vertrag abgeschlossen hat*

Der Vertrag regelt insbesondere die Fragen der Zusammenarbeit, des Informations- und Datenaustausches, der Qualitätssicherung und der Vergütung der Leistungen und gegebenenfalls eine Budgetmitverantwortung.

Konkrete Vorschläge fürs das KVG

2 Der Versicherer muss bei einer Versicherung nach Absatz 1 nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Artikel 41 Absatz 2 gilt sinngemäss. *Der Versicherungsvertrag kann vorsehen, dass nicht von diesen Leistungserbringern ausgeführte oder veranlasste Leistungen teilweise übernommen werden.*

Konkrete Vorschläge fürs das KVG

3 Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. [= versetzt von Abs. 2] Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen vorgesehen werden. [= versetzt von Art. 41c]

4 ...[Abs. 3 gemäss Fassung Bundesrat wird zu Abs. 4]

Konkrete Vorschläge fürs das KVG

Art. 43 Grundsatz

1-3...

4 Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern *oder zwischen Managed Care-Netzwerken und externen Leistungserbringern* (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten.

Konkrete Vorschläge fürs das KVG

*Managed Care-Verträge gemäss Art. 41a berücksichtigen
zudem die Morbidität der Versicherten.*

Konkrete Vorschläge fürs das KVG

Art. 49 Abs. 3

→ Einführung der monistischen Spitalfinanzierung

Konkrete Vorschläge fürs das KVG

Art. 64 – Kostenbeteiligung

→ Eine Erhöhung des Selbstbehalts für die traditionelle Versicherung könnte einen wirksamen Anreiz für den Eintritt der Versicherten in Managed-Care Systeme darstellen.