Thesen der FMH zu zwei aktuellen, zentralen Themen im Schweizer Gesundheitswesen – das Wichtigste in Kürze

Ja zu Vernetzung und Qualität – ja zu «Managed Care»

Beflügelt von ihrer Grossdemonstration am 1. April 2006 meldet sich die Schweizer Ärzteschaft jetzt mit konkreten Vorschlägen zu Wort: Die FMH als Dachorganisation präsentiert ein breit abgestütztes Positionspapier, das zur aktuellen Diskussion im Gesundheitswesen einen konstruktiven Beitrag leisten will. Es führt über das Thema «Aufhebung des Kontrahierungszwangs» hinaus – hin zum Konzept «Netzwerke».

Die eindrückliche Demonstration der Grundversorger auf dem Bundesplatz am 1. April und die bevorstehende parlamentarische Debatte über die Themen «Aufhebung des Kontrahierungszwangs» und «Managed Care»: Dies sind die Hintergründe zu diesem Thesenpapier, das als Grundlage für zukunftsweisende Lösungen dienen soll. Und dies sind die beiden Hauptpunkte:

Mehr Vernetzung:
Bewährtes weiterentwickeln

- Die Zeit der «Einzelkämpfer» ist weitgehend vorbei – Vernetzung ist angesagt! Wir fördern Gruppenpraxen und Ärztenetzwerke, die verlässliche Partner der Patientinnen und Patienten, aber auch der Versicherer sind. Gemeinsam werden Anreizsysteme und Kontrollmechanismen entwickelt.
- Es gibt aus unserer Sicht also die Möglichkeit, dass Versicherer und Leistungserbringer Vereinbarungen treffen, die – innerhalb von Netzwerken – Elemente einer «differenzierten Kontrahierung» enthalten.
- «Managed Care» ist ein vielversprechendes Modell: Es will Gesundheitsleistungen aus einer Hand lenken. Dabei will es mit den vorhandenen Mitteln haushälterisch umgehen und gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität garantieren.
- «Vernetzung» heisst auch: Der Risikoausgleich muss gefördert werden. Dabei müssen die bestehenden Unterschiede bei der Morbidität vermehrt berücksichtigt werden – die Chronischkranken bzw. eben «teuren» Patientinnen und Patienten dürfen nicht Opfer des Systems werden!

Aufhebung des Kontrahierungszwangs:
Es bleibt beim «Nein»

Die FMH steht zum Entscheid ihrer Basis aus dem Jahr 2003: Sollte die bevorstehende KVG-Revision die Aufhebung des Vertragszwangs einschliessen, würden wir das Referendum ergreifen. Denn:

- Es ist unsinnig und gefährlich, Leistungserbringer allein nach wirtschaftlichen Kriterien auszuwählen. Dies würde bedeuten: Willkür, Risikoselektion, Entsolidarisierung – und Verlust der freien Arztwahl für Patientinnen und Patienten.
- Und: Es gibt Alternativen – siehe oben …

Thesenpapier FMH

Managed Care – Kontrahierungszwang

Vorbereitungsgruppe:
Peter Berchtold, Pierre Cuénoud, Jacques de Haller, Olivier Kappeler

Arbeitsgruppe (als Konsultativorgan): Blaise Bourrit/Philippe Freiburghaus (SMSR), Max Albrecht Fischer (med-swiss.net), Monique Gauthey (FMPP), Kurt Kaspar (argo-med), Heinz Klauser (Ordine), Urban Laffer (FMCH), Marc Müller (KHM), Alfred Rösli (VEDAG), Hansueli Späth (SGAM), Peter Studer (VSAO), Andreas Weber (Medix), Hansueli Zürcher (SGIM)

Auftrag

Der Zentralvorstand der FMH hat in seiner Sitzung vom 26. April 2006 eine Standortbestimmung vorgenommen. Die Diskussion war geprägt vom Erleben der sehr erfolgreichen Demonstration der Grundversorger auf dem Bundesplatz und der bevorstehenden parlamentarischen Beratung der KVG-Teilrevision zu «Managed Care» und «Aufhebung des Kontrahierungszwanges». Der ZV erteilte den Auftrag, ein Thesenpapier zu erarbeiten.

Die Gruppe, die die Thesen erarbeitet hat, ist breit abgestützt. Sie brachte Vertreter der Delegiertenversammlung und des Zentralvorstandes der FMH mit Vertretern der Ärztenetzwerke ins Gespräch.

Thesen Managed Care

Ausgangslage

Im Gesundheitswesen Schweiz arbeiten – auf hohem Qualitätsniveau – viele Akteure in ihren je eigenen Tätigkeitsfeldern. Verbesserungen sind möglich mit:

1. mehr Vernetzung und Integration *zwischen* den Akteuren und
2. Massnahmen, die stärker auf das Gesamtsystem und das Zusammenspiel der Akteure ausgerichtet sind.

Mit der Einführung des KVG vor 10 Jahren wurde der gesetzliche Rahmen für alternative Versicherungs- und Versorgungsformen gelegt. Seither sind unterschiedlichste Managed-Care-Modelle und -Instrumente entwickelt und evaluiert worden – viele davon auf ärztliche Initiative hin. Die Teilnahme war für alle Partner (Patienten/-innen, Versicherer, Ärzte/Ärztinnen) freiwillig, diese vereinbaren verbindliche Regeln (Bestimmungen in der Versicherungspolice/Verträge zwischen Versicherern und Netzwerken). Vor diesem Hintergrund konnten wertvolle Erfahrungen gesammelt werden. Die Schweiz gilt in Europa daher als eines der Pionierländer für integrierte Versorgungsformen. Trotz dieser Entwicklungen blieb die Managed-Care-Bewegung in der Schweiz eine – wenn auch wichtige – Randerscheinung.

Die Demonstration vom 1. April 2006 hat diesen Themen und insbesondere den Begriffen «Netzwerke» und «Budgetverantwortung der Ärzteschaft» zu neuer Aktualität verholfen. Parallel dazu wachsen in der Ärzteschaft Erkenntnis und Bereitschaft, in der Bearbeitung dieser Themen aktiv mitzuwirken, Handlungsfelder zur Gestaltung dieser Entwicklungen festzulegen, aber auch Grenzen zu definieren.

Netzwerkdefinition

Ärztenetzwerke

Ärztenetzwerke bzw. Versorgungsnetze sind Organisationen, die von Leistungserbringern gebildet werden und der Gesundheitsversorgung dienen. Durch verbindliches Zusammenwirken unter sich, mit netzfremden Leistungserbringern und mit den Kostenträgern erbringen die Netzwerke Gesundheitsleistungen, die auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. Dieses Zusammenwirken beruht auf vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen Betreuungskultur. Die Netzwerke setzen sich, nebst einer hohen Versorgungsqualität, einen haushälterischen Umgang mit den vorhandenen Mitteln zum Ziel. Ein Merkmal der Versorgungsnetze ist der Wille, die Gesundheitsleistungen «aus einer Hand» zu lenken.* Diese Steuerungsverantwortung liegt beim «Care Manager» – bei diesem schreibt sich die Patientin, der Patient ein. Der «Care Manager» ist in der Regel ein Grundversorger (Hausarzt/-ärztin). Diese Rolle kann auch von einem Spezialisten wahrgenommen werden.

Innerhalb der Ärzteschaft wird der Begriff «integriertes Ärztenetzwerk» ebenfalls verwendet. Damit ist der Zusammenschluss von Ärzten/Ärztinnen gemeint – Grundversorger und Spezialisten, aus dem ambulanten und/oder dem stationären Bereich –, um die vertikale Integration entlang der Behandlungskette zu fördern.

Folgende zentrale Aufgaben/Kompetenzen werden vom Ärztenetzwerk wahrgenommen:

– Ärztenetzwerk als Vertragspartner der Versicherer;

* Formulierung in Anlehnung an die Definition med-swiss.net 2004.

– Budget-(mit-)verantwortung auf Stufe Ärztenetzwerk;
– Entscheid über Aufnahme oder Verbleib eines Arztes/einer Ärztin im Netzwerk;
– Qualitätsentwicklung;
– netzwerkspezifische Weiter- und Fortbildung.

Thesen
– Die Ausbreitung von Managed-Care-Modellen zu fördern, heisst, eine «Entwicklungswerkstatt» für Vernetzung und Kooperation im Gesundheitswesen zu schaffen. Managed Care fördern heisst nicht, eine staatlich und planwirtschaftlich kontrollierte Gesundheitsversorgung zu entwickeln.
– Die ärztlichen Berufsorganisationen (FMH, Fach- und kantonale Gesellschaften) übernehmen dabei die Rolle, die Ausbreitung vernetzter Systeme und Angebote zu fördern, entsprechende Initiativen zu unterstützen und ärztliche Handlungsfelder sowie Leitplanken zuhanden der (ärztlichen) Leistungserbringer zu definieren.
– Die Netzwerke und Netzorganisationen übernehmen die Rolle, sich aktiv und eigenverantwortlich für diese Zielsetzungen zu engagieren. Sie werden darin durch sinnvolle Leitplanken und Anreize unterstützt.
– Managed Care muss eine Steigerung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit zum Ziel haben. Die Entwicklung ist wissenschaftlich zu begleiten.

Organisation von Managed-Care-Modellen
In den vergangenen Jahren wurden in der Schweiz – auf freiwilliger Basis – viele unterschiedliche Managed-Care-Organisationen aufgebaut und weiterentwickelt: Hausarztmodelle mit unterschiedlichen Vergütungsformen, mit und ohne Budgetverantwortung, HMOs usw. Diese Freiwilligkeit hat zu einer Vielfalt von Erfahrungswerten geführt. Die Bedeutung dieser Erfahrungswerte ist nicht zu unterschätzen, insbesondere vor dem Hintergrund der spärlichen wissenschaftlichen Evidenz in diesem Bereich.

Thesen
Aufbau und die Entwicklung von Managed-Care-Organisationen sind für alle Partner (Patienten/Versicherer/ärztliche Leistungserbringer) freiwillig und eigenverantwortlich. Die Entwicklung verschiedener Modellvarianten ist erwünscht.
– Basis sind vertragliche Vereinbarungen zwischen Versicherern und Ärztenetzwerken. Diese beinhalten Rahmen und Ziele zu Qualität und Wirtschaftlichkeit, Rechte und Pflichten für alle Beteiligten (Arzt – Ärztenetzwerk – Versicherer – Patient).
– Wirtschaftlichkeit und hohe Qualität von Behandlungs- und Betreuungsprozessen werden dann erreicht, wenn
  – diese – wo vorhanden – wissenschaftliche Evidenz einschliessen,
  – die Eigenverantwortlichkeit der Patienten/-innen berücksichtigen und
  – einen ausreichenden professionellen Gestaltungsraum der Leistungserbringenden aus Praxis und Spital sicherstellen.
– Den Grundversorgern kommt in der Steuerung von Behandlungsprozessen eine Schlüsselrolle zu.
– Evaluation und Entwicklung der verschiedenen Qualitätsdimensionen bilden eine zentrale Grundlage im Aufbau integrierter Behandlungsketten.
– Die Koordination der Patienten «aus einer Hand» bedingt, dass die dazu notwendigen Daten von den Versicherern zur Verfügung gestellt werden (Datenparität).

Anreizsysteme
Mit den Anreizsystemen wird die Akzeptanz und Attraktivität der Modelle beeinflusst. In der Vergangenheit wurde das richtige Mass noch nicht gefunden, die Anreize erwiesen sich als nicht wirksam oder als kontraproduktiv, weil sie der Systemkomplexität nicht gerecht wurden. Systemkomplexität berücksichtigen heisst, dass Anreizsysteme und Controlling zwischen den Akteuren ausgehandelt werden müssen.

Thesen
– Versicherte, Patienten und Leistungserbringer in Versorgungsnetzen profitieren in Managed-Care-Modellen von sinnvollen Anreizsystemen: explizit ausgewiesener Qualität, Prämienverbilligungen und/oder (gegenüber traditioneller Versorgung) differenzierter Kostenbeteiligung.
– Versicherte und Patienten können – innerhalb festgelegter und von ihnen gewählten Bedingungen (differenzierte Kostenbeteiligung) – zwischen Managed-Care-Versorgung und traditioneller Behandlung wechseln.
– Ärzte werden für Koordinations-/Systemaufwand entschädigt. Massnahmen zur Qualitätsentwicklung (Evaluationen, Qualitätszirkel/Feedback) werden honoriert.
– Mit einer Budget-(mit-)verantwortung legen die Vertragspartner (Netzwerk und Versicherer) fest, wie sie die Erfolgsbemessungsformel

definieren, ob – und wenn ja, in welcher Höhe – eine Bonus-/Malusregelung zum Tragen kommt.
– Es könnte sich lohnen zu prüfen, ob Arbeitgeber ihre Mitarbeitenden mit finanziellen Anreizen einladen können und sollen, für die Krankenpflegeversicherung freiwillig denselben Krankenversicherer zu wählen, bei dem der Arbeitgeber die Taggeldversicherung abgeschlossen hat. Damit fällt der bei der Taggeldversicherung anfallende Nutzen einer effizienten und wirksamen Krankheitsbehandlung in derselben Kasse an – wie dies in der Schweiz in der Unfallversicherung und in anderen Ländern in Managed-Care-Systemen der Fall ist.

Bundesrätliche Vorlage zu Managed Care

Der Bundesrat will mit seinem Vorschlag die Rahmenbedingungen für Managed Care verbessern, u.a. durch vermehrten Wettbewerb unter den Leistungserbringern, durch Einführung der Vertragsfreiheit (und Aufhebung des Zulassungsstopps für Leistungserbringer) sowie durch Budgetverantwortung der Leistungserbringer in integrierten Netzwerken. Eine Reform des Risikoausgleichs bzw. eine Erweiterung der zurzeit geltenden Faktoren (Alter, Geschlecht und Wohnortregion) sehen die bundesrätlichen Vorschläge nicht vor.

Der vorgesehene Auftrag an die Versicherer (Art. 41a), die Leistungserbringer zu selektionieren und dabei ausschliesslich auf wirtschaftliche Kriterien abzustellen, ist kontraproduktiv und gefährlich (drohende Willkür – zunehmender Druck zur Vermeidung schlechter Risiken für Versicherer und Leistungserbringer, Entsolidarisierung).

Thesen

– Die vorgelegte Gesetzesrevision wird die Nachfrage nach Managed-Care-Modellen nur unwesentlich fördern und insbesondere weder mehr Integration noch höhere Wirtschaftlichkeit oder bessere Versorgungsqualität bewirken.
– Im Vertrag zwischen Netzwerken und Versicherern können auch Rahmenbedingungen (Kriterien) für die teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen fixiert werden. Die konkrete Auswahl der Ärzte/Ärztinnen liegt in der Kompetenz und Verantwortung der Netzwerke.
– Der zurzeit geltende Risikoausgleich zwischen den Versicherern ist völlig ungenügend. Er fördert die Selektion von gesunden Versicherten in unzulässigem Ausmass. Dadurch wird sowohl der Wettbewerb als auch die Steuerung auf verschiedenen Ebenen stark behindert. Die Förderung von Managed Care kann deshalb nur mit einer Reform des Risikoausgleichs mit Berücksichtigung der Morbiditätsunterschiede gelingen. Als Leistungserbringer können wir hier einen wesentlichen Beitrag leisten.

Thesen: Aufhebung des Kontrahierungszwanges

Ausgangslage für die Ärzteschaft

In der ausserordentlichen Ärztekammer vom Oktober 2003 haben die Delegierten – vor dem Hintergrund der laufenden parlamentarischen Diskussion zur KVG-Revision, insbesondere zur Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwanges, und zwar mit 157:2 Stimmen bei einer Enthaltung – beschlossen, nötigenfalls das Referendum gegen diese Revision zu ergreifen. In der Ärztekammer vom 28. Oktober 2004 wurde dieser Entscheid bekräftigt.

Seither wurde in der Ärzteschaft keine vertiefte Diskussion zu dieser Frage geführt, es wird aber klar erkennbar, dass die Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwanges zwar als grundlegende Änderung unseres Systems empfunden wird, aber nicht grundsätzlich verunsichert, entscheidend ist letztlich, welche «Spielregeln» in dieser Situation gelten.

Seit der Einführung des KVG vor 10 Jahren sammeln wir als Ärzteschaft in verschiedenen Regionen und in verschiedenen Modellvarianten Erfahrungen mit alternativen Versicherungsformen (Managed-Care-Modellen). In diesen Systemen entwickeln und erproben wir Elemente, und wir testen ihre Tauglichkeit (Zusammenschluss von Leistungserbringern in Ärztenetzwerken, Budget-Mitverantwortung usw.).

Thesen

Für die Ärztinnen und Ärzte der FMH gilt der Entscheid der Ärztekammer vom Oktober 2003 und Oktober 2004. Sollte eine KVG-Revision die Aufhebung des Kontrahierungszwanges einschliessen, ist die Ergreifung des Referendums zwingend zu prüfen.
– Wir betrachten die Aufhebung des Kontrahierungszwanges unverändert als massiven Eingriff in unser Gesundheitssystem (Arzt-Patienten-Beziehung, Freiheit unserer Berufsausübung, Entsolidarisierung, vermehrte Risikoselektion durch Versicherer usw.) Der

Entscheid über einen solchen allfälligen Systemwechsel sollte durch das Stimmvolk an der Urne getroffen werden.
– Aus unserer Sicht ist der Kontrahierungszwang durch die Versicherer beizubehalten. Spielraum sehen wir in der Weiterentwicklung von Managed-Care-Modellen. Hier können zwischen Versicherern und Ärztenetzwerken Vereinbarungen getroffen werden, die Elemente einer «differenzierten Kontrahierung» enthalten (s. Thesen zu Managed Care).

Bundesrätliche Vorlage zur Einführung der «Vertragsfreiheit»

Der Bundesrat will mit seinem Vorschlag die Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung dämpfen, dabei will er:
– mehr Wettbewerb bei den Leistungserbringern im ambulanten Sektor, verbunden mit einer vermehrten Profilierung der Versicherer (über die Auswahl der Leistungserbringer). Er möchte die Verantwortung zur Auswahl der Leistungserbringer den Versicherern zuweisen. Diese Entscheide sollen einzig auf wirtschaftliche Kriterien abstellen können.
– Die Zahl der Leistungserbringer in den Regionen beschränken (nationale Planzahlen – kantonale Anpassungen – Auswahl durch die Versicherer).

Thesen

– Die Annahme, dass wir ein (generelles) Überangebot an Leistungserbringern haben, scheint sich nicht zu bewahrheiten (Hausärztemangel). Aus der Sicht der Ärzteschaft haben wir auch ein Verteilungsproblem (regional fehlender Nachwuchs, auch in Spezialarztdisziplinen). Die Frage, ob es nun ein Mangel oder ein Verteilproblem ist, ist zu untersuchen, Lösungsvorschläge sind gemeinsam zu erarbeiten.
– Die Gestaltung von Anreizen für einen bedarfsgerechten Zugang zu ärztlicher Versorgung bedingt den Einbezug aller Partner (Politik, Patienten/-innen, Versicherer, Leistungserbringer). Den Leistungserbringern kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.
– Die Übertragung der alleinigen Verantwortung für die Auswahl von Leistungserbringern in den Verantwortungsbereich der Versicherer lehnen wir ab (Machtkonzentration als Basis für Willkür, ungenügende Basis für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch die aktuellen statistischen Grundlagen). Verbesserungen sind durch Versicherer und Leistungserbringer gemeinsam zu erarbeiten.

Auswirkungen des bundesrätlichen Vorschlages

Für die Ärzteschaft: Erhöhung der existentiellen Abhängigkeit von den Versicherern (grosse Versicherer stellen im Kollektiv einer Grundversorgerpraxis einen Anteil bis zu 30% des Patientenkollektivs), dies erhöht die Unsicherheit, mindert die Attraktivität des Arztberufes, hat negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität (z. B. Vermeidungsverhalten gegenüber ungünstigen Risiken).

Für die Patienten: Verlust der freien Arztwahl, Komplizierung der Behandlung (ist der gewünschte Arzt bei meinem Versicherer «akkreditiert»?), vermehrte administrative Belastung. Gehört ein Patient zu einer Gruppe mit voraussichtlich hohen Behandlungskosten (chronische Erkrankungen, MS, HIV usw.), kann dies die Betreuung erschweren.

Für das Sozialversicherungssystem: Eine Patientin, ein Patient kann sich nur noch über Produkte der Zusatzversicherung frei im Gesundheitswesen bewegen. Dies ist eine zusätzliche Hürde und: der Wechsel ist unmöglich im Moment, wo eine Erkrankung bzw. ein chronisches Leiden vorliegt. Damit wird die Entsolidarisierung verstärkt.

Thesen

– Der aktuelle Vorschlag des Bundesrates geht von falschen und unbewiesenen Voraussetzungen aus. Er schränkt die Patienten ein, führt zu komplizierten Abläufen und wird die Erwartungen nicht erfüllen; es wird einmal mehr der falsche Finger verbunden.
– Unser System mit Einzelpraxen in der ambulanten Versorgung eignet sich schlecht für Differenzierungen in der Kontrahierung – Institutionen (Ärztenetzwerke) eignen sich besser.

Glossar Managed Care

Capitation (Kopfpauschalen)
Form der Leistungsvergütung, bei der Leistungserbringer meist im Rahmen sogenannter Leistungsaufträge für die Versorgung eines Versicherten innerhalb eines definierten Zeitraums (z.B. 1 Jahr) eine festgelegte Summe im voraus und unabhängig von einer Leistungsbeanspruchung erhalten.

Case Management (Fallmanagement)
Instrument zur nichtkrankheitsspezifischen, fallbezogenen Koordination der Leistungserbringung. In den meisten Fällen liegt der Schwerpunkt auf der Optimierung administrativer Abläufe.

Care Manager
Ist erste Anlaufstelle des Patienten / der Patientin und übernimmt die «Steuerungsverantwortung» – bei ihm schreibt sich der Patient, die Patientin ein. Der «Care Manager» ist in der Regel ein Grundversorger (Hausarzt/Hausärztin). Diese Rolle kann auch von einem Spezialisten wahrgenommen werden. Er koordiniert und verantwortet die nachgelagerte Behandlung – ambulant und stationär.

Disease Management (DM)
Instrument zur krankheitsspezifischen Gestaltung und Koordination der Leistungsprozesse auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz (Guidelines).

Effektivität
Nutzenwahrscheinlichkeit einer (medizinischen) Intervention im Rahmen einer Gesundheitsstörung.

Effizienz
Wirksamkeit einer Intervention in bezug auf den Mitteleinsatz (Wirtschaftlichkeit).

Einzelleistungsvergütung (Fee for Service)
Vergütung jeder einzelnen Leistung durch einen (gemäss Tarifordnung) festgelegten Geldbetrag.

Erfolgsbemessungsformel (Def. AMC-Mustervertrag 2001)
Instrument zur Beurteilung eines MC-Modells oder MC-Netzes. Ein solches Instrument kann aus einem oder mehreren Faktoren bestehen (Finanzgrössen: z.B. Abweichung von Budgetvorgabe, finanzielle Systemleistung; Qualitätsindikatoren: z.B. Patientenzufriedenheit; weitere Bewertungskriterien: z.B. Innovationen des MC-Netzes).

Fallpauschalen
Leistungsvergütung in Form einer Pauschale pro Krankheitsfall (innerhalb definierter Diagnosegruppen), Patient und Zeitraum. Diese Vergütung ist unabhängig vom im Einzelfall aufzuwendenden Arbeitsumfang und enthält in der Regel alle Behandlungs- und Hotelleriekosten.

Gatekeeper
Leistungserbringer (Grundversorger, Hausarzt), der bei Gesundheitsstörungen – ausser in Notfällen – erste Anlaufstelle für Versicherte ist (vgl. Hausarztmodelle).

Guidelines
Behandlungs- und Betreuungsleitlinien für definierte Krankheiten auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz

Evidenz, medizinische
Überwiegende Gewissheit zu Wertigkeiten diagnostischer oder therapeutischer Massnahmen, die aus medizinischen Studien abgeleitet wird.

Hausarztmodelle (HAM)
Ärztliches Betreuungsmodell, in dem der Hausarzt die Grundversorgung sicherstellt, als Gatekeeper über eine Überweisung zum Facharzt bzw. Spitaleinweisung entscheidet und als Case- oder Fallmanager das Leistungsgeschehen steuert.

Health-Maintenance-Organisationen (HMO)
Managed-Care-Organisationen, die die Bereitstellung und Finanzierung einer umfassenden medizinischen Versorgung übernehmen. In einem Staff-HMO-Modell sind Ärzte angestellt und erhalten ein fixes Gehalt. Ein IPA-Modell basiert auf Verträgen mit einem Verbund in eigener Praxis arbeitender Ärzte (IPA: Independent Practice Association)

Differenzierter Selbstbehalt (Franchise, Selbstbehalt)
Direkte Zuzahlung der Versicherten bei Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen. Im Rahmen des differenzierten Selbstbehaltes beträgt der Anteil des Patienten z.B. 10%, wenn er sich an die vereinbarten Regeln hält. Für den Fall, dass sich der Patient/die Patienten ausserhalb dieser Regeln behandeln/betreuen lassen will, kann dieser Anteil erhöht werden, z.B. auf 20%.

Managed-Care-Organisationen (MCO)
Anbieter von Managed-Care-Versorgungsmodellen (HMO, HAM usw.)

Managed Care
Sammelbegriff für Organisationsformen und Instrumente zur Steuerung der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, die Behandlung und Betreuung der Patienten sowie deren Kosten zu optimieren (Versorgungsqualität/Kosten der Versorgung)

Risikobeteiligung (Bonus-/Malusregelung)
(Def. AMC-Mustervertrag 2001)
Gewinn-/Verlustanteil der Ärzte am Erfolg eines MCSystems; finanzielle Mitverantwortung der Ärzte (Bonus/Malus) am MC-System.