

**Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom 7. März 2024 zuhanden der SGK-S
«Netzwerke zur koordinierten Versorgung und Anreize für die Versicherten zur Wahl
eines an ein solches Netzwerk gekoppelten Versicherungsmodells»**

1 Auftrag

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) hat an ihrer Sitzung vom 30. Januar 2024 beschlossen, die vom Nationalrat an seiner Sitzung vom 28. September 2023 gestrichenen Bestimmungen über die Netzwerke zur koordinierten Versorgung wieder in die Vorlage zum 2. Massnahmenpaket zur Kostendämpfung aufzunehmen.

Die angepasste Vorlage enthält die Änderungen, die insbesondere nach den Runden Tischen mit den wichtigsten Akteuren des Gesundheitswesens und den Kantonen eingebracht worden waren, aber auch einen neuen Vorschlag zu Artikel 37a Absatz 3 E-KVG, der in dieser Form schwierig umzusetzen ist.

Die SGK-S hat deshalb die Verwaltung mit der Erstellung eines Berichts beauftragt, in dem eine Alternative zu Artikel 37a Absatz 3 E-KVG, wie er derzeit im Entwurf enthalten ist, vorgeschlagen wird. In diesem Bericht soll die Verwaltung auch die Möglichkeiten zur Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung und alternativen Versicherungsmodellen für chronisch Kranke – insbesondere durch eine Kombination aus Reduktion des Selbstbehalts und Prämienrabatt – aufzeigen.

Schliesslich wird die Verwaltung beauftragt, ein Modell für eine «Managed Care light» zu skizzieren, dies im Sinne des Vorschlags zur Implementierung einer ersten Anlaufstelle im Gesundheitssystem, wie er im Expertenbericht vom 24. August 2017 enthalten ist. In diesem Bericht wurde die Umsetzung der Massnahme «Verpflichtung zu Gatekeeping» (M27) gefordert.

2 Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Zulassungsvoraussetzungen

An ihrer Sitzung vom 30. Januar 2024 hat die SGK-S einen Vorschlag zur Änderung der Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke zur koordinierten Versorgung verabschiedet. Dieser sieht für die Kantone die Möglichkeit vor, Netzwerke zur koordinierten Versorgung dem Vertragszwang zu unterstellen, wenn diese Netzwerke eine kritische Grösse erreichen und Patientinnen und Patienten nachweislich kostengünstiger und mindestens gleich gut wie andere Leistungserbringer behandeln.

Diese Voraussetzung ist in dieser Form nicht anwendbar. Denn der Vertragszwang, der einen Grundsatz des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) darstellt, gilt faktisch, sobald ein Leistungserbringer von dem Kanton, auf dessen Gebiet er tätig werden will, zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen wird.

3 Ziele der Netzwerke zur koordinierten Versorgung

Die Botschaft vom 7. September 2022 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 » (BBl 2022 2427) besagt, dass die gezielte Förderung der koordinierten Versorgung die Bedarfsgerechtigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen verbessern und bestehende Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung im schweizerischen Gesundheitssystem abbauen soll. Insbesondere bei chronisch kranken und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten ist eine

koordinierte, gut abgestimmte Versorgung wichtig, da meistens mehrere Ärztinnen und Ärzte, andere Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und Institutionen involviert sind. Damit die Qualität der Versorgung bei so vielen Beteiligten gesichert werden kann, müssen die Schnittstellen und Übergänge besser organisiert, Doppelspurigkeiten erkannt und unnötige Leistungen vermieden werden.

Durch eine gute Koordination der verschiedenen Leistungen und Leistungserbringer kann die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Untersuchung und der Behandlung über die ganze oder über weite Teile der Versorgungskette verbessert werden. Dazu braucht es Netzwerke, in denen sich Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Berufe verbindlich zusammenschliessen, um eine koordinierte, den Patientenbedürfnissen entsprechende medizinische Betreuung über die ganze Versorgungskette hinweg anzubieten.

Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung müssen für alle zugänglich sein, insbesondere für die Versicherten, die sich keiner besonderen Versicherungsform anschliessen möchten, aber dennoch bereit sind, die Wahl ihrer Leistungserbringer zugunsten einer guten Koordination der erhaltenen Versorgungsleistungen zumindest teilweise einzuschränken. Deshalb wurde die Zulassung als neue Leistungserbringerkategorie vorgeschlagen, da diese auch ohne Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers möglich ist.

4 Überarbeitung der ursprünglichen Vorlage

Aufgrund der geführten Diskussionen hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einen Vorschlag für eine vereinfachte Version von Artikel 37a E-KVG erarbeitet.

Diese neue Formulierung soll die Flexibilität bei der Zusammensetzung der Leistungserbringer und der Leitung des Netzwerks maximal ausweiten.

Zu den vorgenommenen Änderungen gehört namentlich die Streichung der kantonalen Leistungsaufträge, die aufgrund der zahlreichen kritischen Äusserungen erfolgte. Diese Leistungsaufträge sollten den für die Gesundheitsversorgung und die Zulassung von Leistungserbringern verantwortlichen Kantonen ermöglichen, den Aufbau von Netzwerken zur koordinierten Versorgung gezielt zu steuern.

5 Neuer Formulierungsvorschlag

Um gegebenenfalls einen massiven Anstieg der Gesundheitskosten aufgrund einer allenfalls wachsenden Zahl von Netzwerken zur koordinierten Versorgung verhindern zu können, wird eine neue Zulassungsvoraussetzung vorgeschlagen, die sich an den von der SGK-S verabschiedeten Vorschlag anlehnt und diesen ersetzt.

Dieser Vorschlag sieht in Artikel 37a Absatz 1 Buchstabe g E-KVG vor, dass die Netzwerke zur koordinierten Versorgung ihre Leistungen nach einem Konzept erbringen, das im Vergleich zu anderen Leistungserbringern eine kostengünstigere und mindestens gleich gute Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglicht. Das Konzept wird dem Kanton mit dem Zulassungsgesuch vorgelegt. Wird das Konzept nicht als ausreichend erachtet, um die verlangte kostengünstigere und gleichwertige Leistungserbringung zu gewährleisten, kann die Zulassung verweigert werden.

Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung müssen dem Kanton jährlich Bericht über die ordnungsgemässe Umsetzung des zum Zeitpunkt des Zulassungsgesuchs vorgelegten Konzepts erstatten. Sie müssen darin insbesondere die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen nachweisen.

Bei Missachtung dieser Voraussetzung gilt Artikel 38 KVG, und die vom Kanton eingesetzte Aufsichtsbehörde kann bis zum endgültigen Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP gehen.

**Art. 37a Netzwerke zur koordinierten Versorgung: besondere Voraussetzungen
(Art. 37a Abs. 1 Bst. g und Abs. 2 sind neu)**

¹ Netzwerke zur koordinierten Versorgung müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. Sie verfügen über eine ausreichende Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllen.
- b. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.
- c. Sie erbringen Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert.
- d. Sie haben ihren Tätigkeitsbereich in Bezug auf Ort und Zeit der Eingriffe, in Bezug auf die erbrachten Leistungen und in Bezug auf die Patienten und Patientinnen, denen die Leistungen zukommen, beschränkt.
- e. Sie stellen die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette hinweg sicher.
- f. Sie sind einer zertifizierten Gemeinschaft oder einer zertifizierten Stammgemeinschaft nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier angeschlossen.
- g. Sie erbringen ihre Leistungen nach einem Konzept, das im Vergleich zu anderen Leistungserbringern eine kostengünstigere und mindestens gleich gute Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglicht. Das Konzept wird dem Kanton mit dem Zulassungsgesuch vorgelegt.

² Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung müssen dem Kanton jährlich Bericht über die Umsetzung des Konzepts nach Buchstabe g erstatten.

³ Sie schliessen mit weiteren Leistungserbringern Verträge ab, die insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Koordination regeln.

6. Anreiz zur Wahl von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ausserhalb eines alternativen Versicherungsmodells

Artikel 64 Absatz 6 KVG wird ebenfalls geändert und durch einen Buchstaben e ergänzt, der dem Bundesrat die Möglichkeit gibt, die Kostenbeteiligung für Leistungen, die von Netzwerken zur koordinierten Versorgung erbracht werden, herabzusetzen oder aufzuheben.

Durch diesen Anreiz sollen die Netzwerke zur koordinierten Versorgung eine grosse Patientenzahl erreichen können, die ihnen eine konstante Entwicklung in möglichst vielen Bereichen wie auch die Qualitätsentwicklung ermöglicht, dies insbesondere durch die Förderung der Partnerschaft und der Interprofessionalität unter bestmöglicher Berücksichtigung der spezifischen Kompetenzen jeder Gesundheitsfachperson.

Art. 64 Abs. 6 Bst. e

⁶ Der Bundesrat kann:

- e. für Leistungen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben.

7. Alternativvorschlag: «Managed Care light»

Die SGK-S hat die Verwaltung beauftragt, einen im Rahmen der Vorlage 22.062 umsetzbaren Vorschlag für eine «Managed Care light» näher zu prüfen.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass das in der KVG-Änderungsvorlage 22.062 vorgesehene Netzwerk zur koordinierten Versorgung ein anderes Konzept ist als das integrierte Versorgungsnetz, wie es in der 2011 vom Parlament verabschiedeten Änderung bezüglich Managed Care enthalten war. Bei Ersterem handelt es sich um einen neuen Leistungserbringer, während Letzteres ein Zusammenschluss von zugelassenen Leistungserbringern ist, die einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem Versicherer abschliessen. Eine Kombination von Netzwerk zur koordinierten Versorgung und Managed Care light ist daher nicht möglich. Hingegen ist es durchaus denkbar, einen reduzierten Selbstbehalt mit einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung zu verknüpfen (siehe Ziff. 6 weiter oben).

Ein weiterer Weg führt über die besonderen Versicherungsformen. Nach dem geltenden Recht haben die Versicherer die Möglichkeit, ein Modell anzubieten, das eine Partnerschaft mit einem Versorgungsnetzwerk beinhaltet (aktuelle HMO-Modelle), und ganz oder teilweise auf die Erhebung der Kostenbeteiligung zu verzichten (Art. 99 Abs. 2 Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Es ist jedoch festzustellen, dass bisher nur wenige Versicherer von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben. Sie dazu zu verpflichten setzt eine Gesetzesänderung voraus.

Bei der Variante «Managed Care light» könnten folgende Punkte aus der Vorlage von 2011 übernommen werden:

Art. XX Integrierte Versorgungsnetze

¹ Die Versicherten können mit dem Versicherer vereinbaren, Leistungen einzig bei einem integrierten Versorgungsnetz zu beanspruchen, mit dem ihr Versicherer einen Vertrag über die Behandlung und deren Steuerung abgeschlossen hat (Integrierte Versorgung). Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in jedem Fall versichert.

² Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck der Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem solchen 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.

³ 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.

⁴ Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.

⁵ Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten (Budgetmitverantwortung).

⁶ Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.

Art. 62 Abs. 2 Bst. c

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

- c. die Versicherten mit dem Versicherer vereinbaren, Leistungen einzig bei einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel XX zu beanspruchen.

Art. 64 Abs. 2 Bst. b und Abs. 3

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Dieser Satz beträgt 8 Prozent bei Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes erbracht oder veranlasst werden.

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beträgt 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts für Versicherte, die einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel XX angehören, beträgt 500 Franken für Erwachsene und 250 Franken für Kinder.

Die folgenden Punkte aus der Vorlage von 2011 werden hingegen nicht übernommen:

- Erhöhung des Selbstbehalts für Versicherte, die keinem integrierten Versorgungsnetz angehören
Die Vorlage von 2011 sah einen Selbstbehalt von 15 Prozent mit einem jährlichen Höchstbetrag von 1000 Franken für Versicherte vor, die keinem integrierten Versorgungsnetz angehören. Diese Erhöhung bildete eines der Argumente der Gegnerinnen und Gegner von Managed Care, denn sie wurde als Bestrafung für ältere und chronisch kranke Versicherte empfunden.
- Mehrjahresverträge: Die Idee, die Versicherten für drei Jahre an ein integriertes Versorgungsnetz zu binden, wird nicht übernommen. Der Bundesrat hat im Übrigen die Ablehnung der Motion 23.3504 beantragt, die das Konzept der Mehrjahresverträge für besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers verlangt.

ANHANG

Anreize für die Versicherten zur Wahl eines an ein Versorgungsnetzwerk gekoppelten Versicherungsmodells

Am 30. Januar 2024 hat die SGK-S die Verwaltung beauftragt, generell zu prüfen, welche Faktoren Versicherte mit hohen Kosten (insbesondere ältere oder chronisch kranke Versicherte) dazu bewegen könnten, ein Versicherungsmodell zu wählen, das an ein Versorgungsnetzwerk gekoppelt ist. Für die Verwaltung sind folgende Ansätze prüfenswert: Prämienrabatt, reduzierte Kostenbeteiligung und Rückvergütungen.

1. Prämienrabatt

Gemäss Artikel 62 Absatz 1 KVG kann der Versicherer die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers herabsetzen. Über 75 Prozent der Versicherten haben eine besondere Versicherungsform gewählt. Wie die Grafik unter Ziffer 1.2 zeigt, ist dieser Trend vor allem bei jüngeren Versicherten zu beobachten. Ältere oder kranke Versicherte wählen eher die ordentliche Versicherung.

1.1 Prämienrabatt für alle Versicherten mit Versorgungsnetzmodell

Alle Versicherten erhalten einen Prämienrabatt, wenn sie ein Versicherungsmodell wählen, mit dem sie einem Versorgungsnetzwerk angeschlossen sind. Sie erklären sich damit einverstanden, dass sie bei Bedarf von ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin an einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin des Netzwerks überwiesen werden. Von den bestehenden besonderen Versicherungsformen kommt das HMO-Modell dem von der SGK-S herangezogenen Versicherungsmodell am nächsten. Solche Modelle sind nicht sehr verbreitet. 2022 wurden sie von 9,3 Prozent der erwachsenen Versicherten gewählt (Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 7.08).

Vorteil

Diese Variante gewährleistet die Gleichbehandlung: Alle nach diesem Modell versicherten Personen mit der gleichen Franchise, mit Wohnsitz in der gleichen Prämienregion und in der gleichen Altersgruppe erhalten denselben Prämienrabatt.

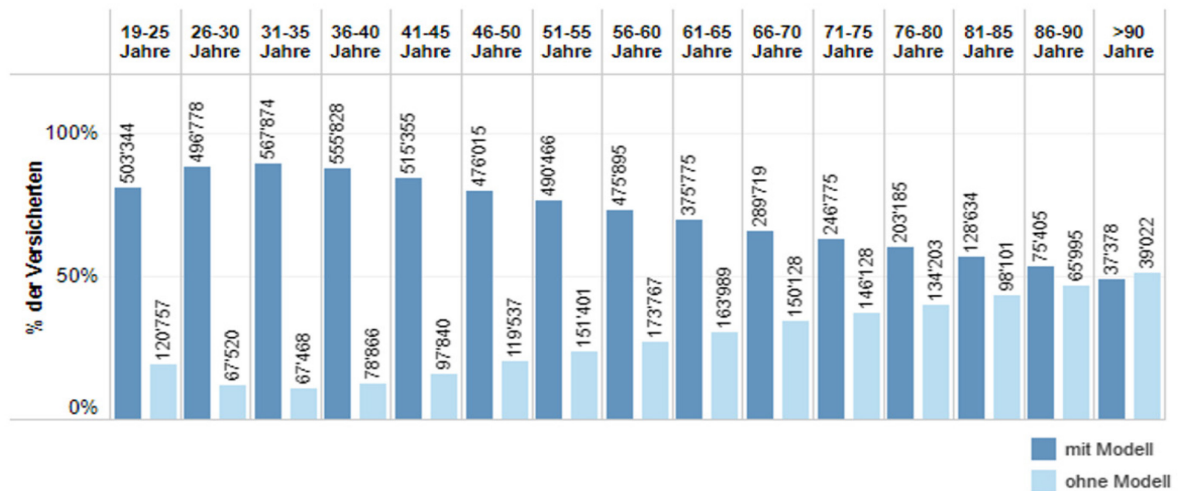
Nachteil

Sehr viele ältere oder kranke Versicherte wählen die ordentliche Versicherung. Der Prämienrabatt, der als Ausgleich für die eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers gewährt wird, reicht nicht aus, um sie dazu zu veranlassen, ein Versicherungsmodell mit einer solchen Einschränkung zu wählen.

1.2 Schaffung einer zusätzlichen Altersgruppe für Versicherte über 65 Jahren

Die Kosten der Versicherten steigen mit zunehmendem Alter (siehe Tabelle 206 der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung). Da das Sparpotenzial bei Versicherten mit hohen Kosten am grössten ist, wäre es interessant, wenn diese Versicherten ein an ein Versorgungsnetzwerk gekoppeltes Versicherungsmodell wählen würden. Bisher zeigen sie jedoch eine gewisse Zurückhaltung in Bezug auf besondere Versicherungsformen (siehe Grafik unten).

Modellwahlverteilung innerhalb der gesamten Versichertenpopulation Geschäftsjahr 2022



Quelle EFIND 2022

Denkbar wäre ein System, in dem Versicherten über 65 Jahren, die ein an ein Versorgungsnetzwerk gekoppeltes Versicherungsmodell wählen, ein höherer Prämienrabatt gewährt wird.

Vorteil

Diese Variante stellt für Versicherte über 65 Jahren einen wirksamen finanziellen Anreiz zur Wahl eines an ein Versorgungsnetzwerk gekoppelten Versicherungsmodells dar. Zudem werden die höheren Rabatte den Versicherten gewährt, welche die grössten Einsparungen ermöglichen.

Nachteil

Diese Variante setzt einen sehr bedeutenden Systemwechsel voraus, denn dazu müsste eine neue Altersgruppe für die Versicherten über 65 Jahren geschaffen werden. Da die Kosten von Erwachsenen unter 65 Jahren tiefer sind als diejenigen von Versicherten über 65 Jahren, wäre es logisch, für letztere eine höhere Prämie festzulegen. Dies könnte als inakzeptabler Bruch mit dem Solidaritätsprinzip aufgefasst werden und würde wahrscheinlich auf starken Widerstand stossen.

2. Reduzierte Kostenbeteiligung

Gemäss Artikel 64 Absatz 2 KVG besteht die Kostenbeteiligung aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und aus 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der Bundesrat kann die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist (Art. 64 Abs. 6 Bst. c KVG). Von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht hat er durch die Einführung von Artikel 99 Absatz 2 KVV, wonach der Versicherer bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ganz oder teilweise auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise verzichten kann. Es ist somit bereits möglich, bei der Franchise, beim Selbstbehalt oder bei beidem gleichzeitig anzusetzen.

2.1 Reduzierte Franchise

Gemäss Artikel 99 Absatz 2 KVV können die Versicherer ganz oder teilweise auf die Franchise verzichten.

Nachteil

Mit der Franchise werden sich die Versicherten der von ihnen verursachten Kosten bewusst. Die Franchise soll somit die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und sie davon abhalten, unnötige medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Franchise verwässert diese beiden Ziele oder hebt sie ganz aus.

2.2 Reduzierter Selbstbehalt

Der Selbstbehalt soll die Versicherten nach Überschreitung der Franchise weiterhin auf die Kosten aufmerksam machen und so die Inanspruchnahme von Leistungen eindämmen. Eine Herabsetzung des Selbstbezahls wird eher Personengruppen mit überdurchschnittlich hohen Kosten – also eher ältere und/oder chronisch kranke Versicherte – dazu bewegen, ein solches Modell zu wählen. Denn sie profitieren nach Ausschöpfung ihrer Franchise von einem reduzierten Selbstbehalt.

Es ist denkbar, beim prozentualen Selbstbehalt und beim jährlichen Höchstbetrag anzusetzen. Der Prozentsatz bestimmt, wie schnell die versicherte Person den Höchstbetrag erreicht. Für Versicherte, deren Kostenbeteiligung die Summe von Franchise und Selbstbehalt erreicht, ist die Senkung des Höchstbetrags des Selbstbezahls entscheidend. Ein solches Modell könnte somit chronisch kranke Versicherte anlocken.

Der Versicherer kann einen reduzierten Selbstbehalt anbieten, um Versicherte für ein an ein Versorgungsnetzwerk gekoppeltes Modell zu gewinnen.

Vorteil

Dieses Modell kann ohne Gesetzes- oder Verordnungsänderung umgesetzt werden (Art. 99 Abs. 2 KVV). Die Herabsetzung des Selbstbezahls zielt auf die für die Versorgungsnetzwerke richtige Versichertengruppe ab.

Nachteil

Die Senkung des Selbstbezahls führt zu einem Anstieg der Nettokosten in der OKP. Der mit der eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers verbundene Prämienrabatt kann nicht so hoch sein wie bei einem Modell ohne reduzierten Selbstbehalt. Dies führt zu einem geringeren Interesse der Versicherten an diesem Modell, da die Wahl des Versicherungsmodells hauptsächlich durch die Höhe der Prämie bestimmt wird.

3. Rückvergütungen

Es ist möglich, die Versicherten in Form einer rückwirkend gewährten Rückvergütung an den im Versorgungsnetzwerk erzielten Einsparungen zu beteiligen. Der Anreiz besteht darin, dass die versicherte Person nach Abschluss des Rechnungsjahres auf eine Rückerstattung hoffen kann. Dieses Instrument ist vergleichbar mit dem Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen (Art. 17 f. Krankenversicherungsaufsichtsgesetz [KVAG; SR 832.12]). Dieser Ausgleich erfolgt auf Kantonsebene, während die Rückvergütung innerhalb eines Versicherungsmodells getätigt wird. Der Versicherer muss richtig koordinieren können, wenn er beide Instrumente im selben Jahr einsetzt.

Vorteil

Nur die erzielten Einsparungen werden den Versicherten (teilweise) rückerstattet.

Nachteil

Die Rückvergütung hängt vom effektiven Ergebnis des Versorgungsnetzwerks ab. Die versicherte Person weiss somit nicht im Voraus, ob sie eine Rückvergütung erhält. Die Anreizwirkung der Massnahme dürfte dadurch deutlich geschmälert werden. Ausserdem wird die versicherte Person bei der Wahl ihres Versicherungsmodells hauptsächlich von der Höhe

der Prämie geleitet. Die Eventualität einer Rückvergütung dürfte nicht ausreichen, um die Versicherten zur Wahl dieses Versicherungsmodells zu bewegen.