

2019

Geschäftsbericht

Die santésuisse-Gruppe ist die führende Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer. Sie ist im Einsatz für ein freiheitliches, wettbewerbliches und soziales Gesundheitswesen.

Das Jahr 2019 in Kürze

Januar

BEKENNTNIS ZUR QUALITÄT – MIT ABSTRICHEN

Das Qualitätsgesetz soll für die Patientinnen und Patienten dazu führen, dass sie weniger überflüssige und qualitativ ungenügende Leistungen über sich ergehen lassen müssen. Die Gesundheitskommission des Ständerates (SGK-SR) hat sich im Gegensatz zum Nationalrat mit knapper Mehrheit für eine Variante entschieden, die für die Leistungserbringer wenig Verbindlichkeit schafft.

Februar

WIRKSAMERE MASSNAHMEN GEGEN UNERWÜNSCHTE TELEFONANRUFE

Nach dem Ständerat unterstützt auch die nationalrätliche Gesundheitskommission (SGK-NR) eine gesetzliche Regelung, um die von den Krankenversicherern erarbeitete Branchenlösung für die Kundenwerbung im gesamten Krankenversicherungsbereich allgemeinverbindlich zu erklären.

März

SANTÉSUISSE WILL RASCHE LÖSUNG ZUR VERGÜTUNG VON GENTHERAPIEN

Neuartige Gentherapien, zum Beispiel zur Behandlung bestimmter Krebsarten, bieten den betroffenen Patientinnen und Patienten neue Hoffnung auf Heilung. santésuisse setzt sich für Lösungen ein, die den Betroffenen den Zugang rasch und unkompliziert ermöglichen und für die Prämienzahlenden tragbar sind.

April

WEITERHIN GROSSER PREISUNTERSCHIED BEI GENERIKA

Generika sind in der Schweiz im Durchschnitt immer noch doppelt so teuer wie in den Vergleichsländern. Dies ergibt der zehnte gemeinsame Auslandpreisvergleich von santésuisse und Interpharma. Mit einer Angleichung könnten Hunderte Millionen Franken zugunsten der Prämienzahler gespart werden.

Mai

ZULASSUNGSSTEUERUNG: BEDAUERLICHE RÜCKSCHRITTE ZULASTEN DER PRÄMIENZAHLER

Die SGK-SR schwächt die wirksame Lösung des Nationalrates zur Steuerung der Ärztezulassungen in den Kantonen ab.

Juni

DURCHBRUCH FÜR GEMESSENE MEDIZINISCHE QUALITÄT

Mit überwältigender Mehrheit haben National- und Ständerat griffige gesetzliche Rahmenbedingungen für Transparenz und Qualität im Sinne der Patientinnen und Patienten beschlossen.

Juli

ATEMPAUSE FÜR DIE PRÄMIENZAHLER ZU ENDE – OHNE GEGENSTEUER DROHT EIN NEUER KOSTENSCHUB

Der Anstieg der Gesundheitskosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) fiel im Jahr 2018 mit einem Plus von 1 Prozent im Vergleich zu den Vorjahren deutlich tiefer aus. Für das laufende und das kommende Jahr rechnet santésuisse mit wieder stärker steigenden Kosten. Werden Zusatzwünsche erfüllt, fällt das Kostenwachstum noch höher aus.

August

DER BUNDESRAT WILL ENDLICH UNNÖTIGE KOSTEN ELIMINIEREN

Der Bundesrat will griffige Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen umsetzen. Das Parlament steht nun in der Verantwortung, dass diese Massnahmen auch tatsächlich umgesetzt werden.

September

DER NATIONALRAT ENTSCHIEDET ZUGUNSTEN DER PRÄMIENZAHLER

Das Ja des Nationalrates zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) ist ein Signal für mehr Effizienz und damit die Vermeidung unnötiger Kosten im Gesundheitswesen. Um die Kosten längerfristig wirksam zu dämpfen, sind indessen weitere Massnahmen zwingend notwendig.

Oktober

WIRKSAME UMSETZUNG DER ZULASSUNGSBEGRENZUNG

santésuisse begrüsst die Entscheidung der nationalrätlichen Gesundheitskommission (SGK-NR) zur Steuerung der Ärztezulassungen in den Kantonen. Die SGK-NR will sicherstellen, dass die Zulassungsbegrenzung konsequent und damit wirksam umgesetzt wird, um das Kostenwachstum auch tatsächlich zu dämpfen.

November

DIE SCHWEIZ BRAUCHT MEHR QUALITÄT UND EFFIZIENZ IM GESUNDHEITSWESEN

santésuisse weist darauf hin, dass unnötige oder unwirksame medizinische Leistungen die Prämienzahlerinnen und -zahler jedes Jahr mit mehreren Milliarden Franken belasten. Eine bessere, transparent ausgewiesene Qualität sowie mehr Effizienz müssen dafür sorgen, dass die notwendigen medizinischen Massnahmen in optimaler Qualität erfolgen.

Dezember

STOSSRICHTUNG ZUR KOSTENDÄMPFUNG STIMMT

santésuisse unterstützt das vom Bundesrat geschnürte erste Massnahmenpaket zur Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen. Allerdings sind Anpassungen notwendig, damit das Ziel der Kostendämpfung tatsächlich erreicht werden kann.

Editorial

santésuisse engagiert sich für die Stärkung der Selbstverantwortung und für ein wettbewerbles Gesundheitswesen.



Das Parlament hat 2019 mit der Annahme der Qualitätsvorlage ein starkes Signal gesetzt. Nach 20 Jahren aufgeschobener Umsetzung werden die Leistungserbringer endlich verbindlich zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmassnahmen verpflichtet. Die Patientinnen und Patienten werden davon profitieren, indem sie weniger überflüssige und qualitativ ungenügende Behandlungen über sich ergehen lassen müssen. Erfreulich ist, dass in unserem Parlament wichtige Meilensteine immer noch erreicht werden – auch wenn wie im vorliegenden Fall hart darum gerungen werden muss. Unerfreulich ist dagegen der Stand bei der Zulassungssteuerung von Ärztinnen und Ärzten. Trotz der allgemein erwarteten Kostensteigerung will das Parlament die Neuzulassungen nicht verbindlich einschränken.

Die kurze Atempause beim Anstieg der Gesundheitskosten endete 2019 bereits wieder. Umso grössere Bedeutung kommt den vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen zu. Nun gilt es, deren Ausgestaltung und Umsetzung zu konkretisieren, zu ergänzen und zugunsten der Prämienzahlenden voranzutreiben.

Ein Durchbruch wurde bei der Selbstregulierung der Branche im Bereich der Vermittler und Provisionen erzielt. Die verbandsübergreifend von den Geschäftsführern der sieben grössten Krankenversicherer entwickelte Branchenvereinbarung «Vermittler» konnte am 24. Januar 2020 von den beiden Verbänden santésuisse und curafutura unterzeichnet werden. Sie ist der Beweis, dass die Branche ihre Selbstverantwortung wahrnimmt. Die beigetretenen Versicherer verpflichten sich freiwillig ab dem 1. Januar 2021 zur Einhaltung von Obergrenzen bei den Vermittlerprovisionen, den Verzicht auf die telefonische Kaltakquise und die Einhaltung von Qualitätsstandards in der Beratung.

Die Unternehmen der santésuisse-Gruppe, santésuisse, tarifsuisse ag, SASIS AG und der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK), stellten sich in ihren Tätigkeitsgebieten erfolgreich den Anforderungen eines sich permanent wandelnden und fordernden Umfelds. Voraussetzung für den Erfolg sind fachlich kompetente Mitarbeitende und auf die Bedürfnisse der Mitglieder und Kunden abgestimmte Dienstleistungen.

Ich danke den Verwaltungsräten, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von santésuisse und seiner Gruppengesellschaften sowie den in den Verbandsgremien Mitarbeitenden der Krankenversicherer für ihren Beitrag und Einsatz zugunsten unseres Gesundheitswesens.

*Heinz Brand
Verwaltungsratspräsident*

«santésuisse steht für die Wahlfreiheit der Versicherten ein und kämpft gegen die Kosten- und Prämiensteigerung. Als führender Branchenverband setzen wir uns für Vereinbarungen statt staatliche Reglementierung ein und kämpfen für die freie Wahl der Vertragspartner.»

santésuisse im Einsatz für ein freiheitliches Gesundheitssystem

Als führender Branchenverband bringt santésuisse die Positionen seiner Mitglieder in allen sozial- und gesundheitspolitischen Fragen in die politische Diskussion ein.

Durchbruch für gemessene medizinische Qualität

Das Parlament hat mit dem neuen Gesetz zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Behandlungen im Sinne der Patientinnen und Patienten ein starkes Signal gesetzt. Damit wurde der Grundstein für mehr Patientensicherheit und Effizienz gelegt. Die Leistungserbringer werden verbindlicher als bisher zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmassnahmen verpflichtet. So erhalten Patienten endlich auch im ambulanten Bereich Informationen darüber, wo eine Behandlung mehr oder weniger gut ist.

Obwohl die Leistungserbringer seit 20 Jahren dazu verpflichtet sind, ist es bisher – vor allem im ambulanten Bereich – wegen fehlender Sanktionsmöglichkeiten nicht gelungen, die gesetzlich geforderten Qualitätsprogramme standardmässig einzuführen. Das Nachsehen hatten die Patientinnen und Patienten, die ihre Ärztin oder ihren Arzt ohne jegliche Anhaltspunkte zur Qualität auswählen mussten. Mit den konkretisierten gesetzlichen Qualitätsbestimmungen wird sich diese unbefriedigende Situation deutlich verbessern.

Mit der Gesetzesänderung werden die Leistungserbringer unter der Androhung von Sanktionen bei Nichteinhaltung zur Erarbeitung von Qualitätssicherungsmassnahmen verpflichtet. Eine eidgenössische Kommission wird die Arbeit der bestehenden Qualitätsorganisationen koordinieren. Sie schafft die notwendige Transparenz und kann selber aktiv werden, wenn die Leistungserbringer die Qualitätsarbeit weiterhin blockieren. Die Patientinnen und Patienten werden davon profitieren, indem sie weniger überflüssige und qualitativ ungenügende Leistungen über sich ergehen lassen müssen.

Neuregelung der Ärztezulassung ohne kostendämpfende Wirkung

Zu viele Ärzte kosten zu viel. Darüber sind sich Politik, Kantone und Versicherer weitgehend einig. In der insgesamt überversorgten Schweiz bedeuten mehr Ärzte nicht automatisch bessere Gesundheit, sondern vor allem mehr überflüssige Behandlungen und mehr unnötige Kosten.

Nach den mehrmaligen gescheiterten Anläufen für einen Neuanfang bei der Steuerung der Ärztedichte herrschte im Parlament weiterhin Uneinigkeit. Während die Entscheide des Nationalrates eine wirksame Umsetzung in Aussicht stellten, wollte der Ständerat die Kantone nicht zu griffigen und verbindlichen Massnahmen verpflichten. Mit den vom Ständerat definierten, wenig verbindlichen Vorgaben an die Kantone ist absehbar, dass die Steuerung der Ärztedichte auch in Zukunft von den Kantonen sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Wie heute bliebe die Umsetzung der Zulassungssteuerung widersprüchlich, lückenhaft und würde im schlechtesten Fall gar nicht umgesetzt. Die Leidtragenden der Folgen von Über- und Fehlversorgung in den Kantonen wären die Prämien- und Steuerzahler.

Fairere Finanzierung der medizinischen Leistungen

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) will Krankenversicherer und Kantone gleichermaßen in die Kostenverantwortung nehmen. Aus Sicht von santésuisse ist die Verknüpfung von EFAS mit der ärztlichen Zulassungssteuerung notwendig, um Kompetenzen und Verantwortung der Kantone in Übereinstimmung zu bringen.

Nicht sachgerecht ist dafür die Forderung der Kantone nach Einbezug der Pflegekosten in EFAS. Die Kantone wollen EFAS nur unter der Bedingung des Einbezugs von Pflegeheim- und Spitex-Kosten unterstützen. Heute zahlen die Krankenversicherer bereits 2,8 Milliarden Franken an die Pflegeheime und die Spitex. Wenn man das umsetzen möchte, zahlen die Prämienzahler noch mehr als heute und es bedeutet eine Verlagerung von den Steuerzahlern auf die Prämienzahler. Die Langzeitbeziehungsweise Alterspflege ist mit den an die Kantone und Gemeinden übertragenen Verantwortlichkeiten nur bedingt ein Thema der Krankenversicherung. Konkret müssen die Kantone und Gemeinden zuerst ihre Rolle als Restfinanzierer der Pflegekosten vollumfänglich wahrnehmen.



Nur wenn die Kantone an jede ambulante Rechnung mitbezahlen, haben sie ein ökonomisches Interesse daran, dass mit dem Angebot sparsam umgegangen wird.



Teure Begehrlichkeiten im Gesundheitswesen

Die steigenden Prämien waren auch 2019 eine Hauptsorge der Schweizerinnen und Schweizer. Den Massnahmen zur Kostendämpfung des Bundesrates kommt deshalb eine grosse Bedeutung zu. Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass auch 2019 die Liste neuer und teurer Begehrlichkeiten im Gesundheitswesen weiter gewachsen ist. Aufgrund der Sonderwünsche drohen mittelfristig Mehrkosten von mehreren Milliarden Franken – pro Jahr. Werden alle Wünsche erfüllt, ist die Krankenversicherung bald nicht mehr bezahlbar. Die Folge wären Rationierung und Zweiklassenmedizin. Im Sinne der Prämienzahlerinnen und -zahler forderte santésuisse deshalb alle Akteure auf, haushälterisch mit den Mitteln umzugehen.

Unnötige und teure Pflegeinitiative

Mit der Volksinitiative «Für eine starke Pflege» sollen die Pflegefachpersonen bessergestellt werden – obwohl die Schweizer Pflege im europäischen Vergleich schon heute gut dasteht. Mit der Anzahl der Pflegenden pro 1000 Einwohner nimmt die Schweiz in Europa einen Spitzenplatz ein. Zudem bewegen sich die Löhne in der Pflege im schweizerischen Durchschnitt. Gerade weil die Pflege für eine alternde Gesellschaft so wichtig ist, müssen wir dafür sorgen, dass sie auch in Zukunft finanzierbar bleibt. Denn auch ohne Änderung der Rahmenbedingungen werden enorme Mehrkosten auf Steuer- und Prämienzahler zukommen. santésuisse schätzt die Zusatzkosten der Pflegeinitiative mittels realistischer Szenarien auf bis zu 5 Milliarden Franken jährlich ein. Auch den vom Parlament ausgearbeiteten indirekten Gegenentwurf lehnt santésuisse ab, falls er nicht garantiert, dass daraus keine Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung resultiert. santésuisse fordert demgegenüber, dass sich finanzielle Unterstützungsmassnahmen stärker auf den Wieder- und Quereinstieg von Pflegehelfer/-innen bzw. Pflegeassistenten/-innen fokussieren, um die Versorgung zu sichern.

«Ja, aber» zum Systemwechsel für psychologische Psychotherapeuten

Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollen gemäss dem Vorschlag des Bundesrates ihre Leistungen neu selbstständig über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen können, falls eine ärztliche Anordnung vorliegt. Eine generelle Anordnungscompetenz für alle Ärztinnen und Ärzte der erweiterten Grundversorgung lehnt santésuisse entschieden ab. Hier verlangt santésuisse eine Präzisierung der vorgeschlagenen Regelungen zur Qualitätssicherung. Gegen allfällige ungerechtfertigte Mengenausweitungen sollen zudem vorgängig festgelegte Massnahmen angewendet werden, damit unnötige Leistungen zulasten der Prämienzahlerinnen und -zahler vermieden werden. Der Vorschlag des Bundesrates würde deutlich mehr als die von ihm prognostizierten Mehrkosten von rund 100 Millionen Franken pro Jahr zur Folge haben. Ein solch hoher Preis ist den Prämienzahlern nicht zuzumuten.

Referenzpreissystem für Generika

Generika sind in der Schweiz im Vergleich zum Ausland im Durchschnitt doppelt so teuer. Die Berechnungen von santésuisse zeigen, dass mit der Einführung eines Referenzpreissystems ohne jeglichen Qualitätsverlust bei den kassenpflichtigen Medikamenten rund 400 Millionen Franken pro Jahr eingespart werden können. Referenzpreissysteme werden in mit der Schweiz vergleichbaren Ländern schon seit Jahrzehnten erfolgreich zur Kostendämpfung eingesetzt.

Das Gesundheitswesen gezielt weiterentwickeln

santésuisse steht im Dialog mit allen wichtigen Organisationen und Institutionen, die am Gesundheitswesen beteiligt sind – immer mit dem Ziel vor Augen, seine hohe Qualität zu einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erhalten und zu stärken.

Nutzenbewertung von Therapien – Health Technology Assessments (HTAs)

Unnötige und nicht wirksame Leistungen sind für die Patienten schädlich und treiben die Prämien in die Höhe. Deshalb ist es wichtig, dass Leistungen regelmässig auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) überprüft werden. HTAs sind ein solches Instrument, das es erlaubt, gemäss den WZW-Kriterien kassenpflichtige Leistungen zu überprüfen und gegebenenfalls aus dem Katalog der Leistungspflicht zu streichen. Dabei geht es darum, mit der aktuellen Evidenzlage die Leistung zu überprüfen. 2019 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sechs Themen im Rahmen von externen Vernehmlassungen weiterverfolgt. Vier davon wurden von santésuisse eingegeben. Ziel von santésuisse ist es, Themen beim BAG einzugeben, deren Leistungspflicht umstritten ist, damit diese nach erfolgter Prüfung in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) abgelistet oder in der Anwendung limitiert werden.

Stark wachsender Einsatz von Off-Label-Use-Medikamenten

Neue Therapiemöglichkeiten und massgeschneiderte Behandlungsmethoden sorgen dafür, dass die eingesetzten Medikamente immer häufiger nicht den ordentlichen Zulassungsweg durchlaufen haben und die Vergütung nicht über die sogenannte Spezialitätenliste (SL) geregelt ist. Experten schätzen, dass mittlerweile jährlich rund 25 000 Vergütungsgesuche von den Krankenversicherern und deren Vertrauensärzten beurteilt werden – doppelt so viele wie vor drei Jahren. Die Preise für diese Medikamente und Behandlungen werden zwischen Krankenversicherer und Hersteller verhandelt. Während bei einer SL-Aufnahme das BAG die Wirtschaftlichkeit eines Medi-

kaments nach klaren Regeln prüft, liegt dieser Ball im Off-Label-Bereich bei den Krankenversicherern. Das bedeutet, dass jeder einzelne Patientenfall vom Versicherer, unter Einbezug des Nutzens, individuell geprüft werden muss. Angesichts der vielen neuen und teuren Medikamente könnten Modelle zielführend sein, welche die Vergütung einer Behandlung oder Therapie an eine messbare Wirkung knüpfen. santésuisse setzt sich dafür ein, dass die Kostenübernahme von Arzneimitteln im Einzelfall – wie vom Gesetzgeber ursprünglich beabsichtigt – eine Ausnahmeregelung bleibt.

Vergütung neuer Genzelltherapien

Für die Vergütung neuer Genzelltherapien strebt santésuisse eine Lösung im Rahmen der Tarifstruktur für stationäre Spitalleistungen SwissDRG an. Voraussetzung ist ein von den Tarifpartnern ausgehandelter und vom Bundesrat genehmigter Tarifvertrag. Dieser Tarifvertrag soll für die gesamte Branche der Krankenversicherer Anwendung finden. Ein für die ganze Branche gültiger Vertrag verspricht weniger hohe Preise als Direktabsprachen mit Anbietern von entsprechenden Therapien oder Medikamenten.

santésuisse kommuniziert über verschiedene Kanäle mit der Öffentlichkeit und den Prämienzahlerinnen und -zahlern. Die Social-Media-Kanäle ermöglichen interaktive Formen der Kommunikation. Als der führende Branchenverband bildet santésuisse Fachleute für alle Krankenversicherer und interessierte branchennahe Bereiche aus.



100

Stellungnahmen,
Empfehlungen und
Medienmitteilungen

6800

Blog-Leserinnen
und -Leser pro Monat

445 000

Tweet-Aufrufe deutsch/
französisch/italienisch

>4000

Kurstage für
die Auszubildenden

IM DIENST VON KRANKENVERSICHERERN, ÖFFENTLICHKEIT UND PRÄMIENZAHLENDEN

Neue Branchenregelung für Telefonwerbung und Vermittler

Unerwünschte Telefonanrufe von Krankenkassen-Vermittlern und überhöhte Provisionszahlungen an Vermittler sind ein Ärgernis für die Bevölkerung und schaden dem Image der Krankenversicherer. Entsprechende parlamentarische Vorstösse für eine Beschränkung der Kundenwerbung und von Provisionen hat das Parlament 2019 an den Bundesrat überwiesen. Weil dieser politische Prozess längere Zeit dauern wird, das neue Gesetz dürfte nicht vor 2023 in Kraft treten, hat die Branche selber reagiert, um das Problem der unwillkommenen Telefonanrufe zu lösen.

Am 24. Januar 2020 unterzeichneten die Branchenverbände curafutura und santésuisse die gemeinsam erarbeitete Branchenvereinbarung «Vermittler». Darin werden die Qualität der Beratung und die Entschädigung an die Vermittler in der Kundenwerbung verbindlich geregelt. So sind künftig Telefonanrufe ohne vorherigen Kontakt, die sogenannte Kaltakquise, nicht mehr erlaubt. Provisionen sind in der Grundversicherung auf maximal 70 Franken und bei den Krankenzusatzversicherungen auf eine Jahresprämie begrenzt. Der Vereinbarung, die am 1. Januar 2021 in Kraft tritt, sind bereits 41 Krankenversicherer beigetreten. Sie vertreten rund 90 Prozent aller Versicherten. curafutura und santésuisse streben ein für alle Marktteilnehmenden geltendes Obligatorium der Branchenvereinbarung an.

Screening-Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bewährt sich

Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von santésuisse geht es darum, Leistungserbringer zu erkennen, die nicht nachvollziehbar hohe Kosten verursachen und diese auch nicht begründen können. 2019 wurde für die Wirtschaftlichkeitsprüfung erstmals eine neue, mit der Ärztevereinigung FMH vereinbarte Screening-Methode angewendet. Mit dieser Methode wird erreicht, dass Ärzte mit hohen Kosten, welche jedoch auf das Krankheitsbild der Patienten oder andere, vom Arzt selber nicht beeinflussbare Faktoren zurückzuführen sind, möglichst nicht als unwirtschaftlich herausgefiltert werden. Hingegen sollen Ärzte mit hohen Kosten, die auf eine ineffiziente oder nicht korrekte Praxisführung und Leistungsabrechnung hinweisen, identifiziert werden. Mit der neuen Methode konnte der Anteil statistisch auffälliger Ärzte von 9 auf 6 Prozent gesenkt werden. Diese Ärzte werden durch santésuisse weiter überprüft.

Umfassendes Bildungsangebot

Die Komplexität der Krankenversicherung verlangt von den Mitarbeitenden der Krankenversicherer eine hohe Kompetenz. Als der führende Branchenverband bildet santésuisse Fachleute für alle Krankenversicherer und interessierte branchennahe Bereiche (Mitarbeitende Gesundheitswesen) aus. Das Ausbildungsangebot von santésuisse berücksichtigt alle drei Landessprachen und -regionen. Der Einbezug der verschiedenen Akteure, unter anderem auch der Leistungserbringer, fördert das gemeinsame Verständnis unter den Partnern im Gesundheitswesen.

santésuisse hat 2019 den Auszubildenden in über 4000 Kurs-tagen ein umfassendes Bildungsangebot vermittelt. 86 neue Lernende haben die kaufmännische Grundbildung begonnen. 60 Teilnehmer begannen den Lehrgang Berufsprüfung. 37 Absolventen schlossen erfolgreich die Weiterbildung als Krankenversicherungsfachleute ab. Spezifische Bedürfnisse werden durch Spezialkurse, zum Beispiel Medizinkurse oder solche zur Taggeld-, Unfall- oder Invalidenversicherung abgedeckt.

Auf grosses Interesse stiessen die Firmenkurse. Für Krankenversicherer, Spitäler und Firmen im Gesundheitswesen werden massgeschneiderte Kurse entwickelt und durchgeführt. Als Premiere wurden für mehrere internationale Organisationen auf deren spezifischen Bedürfnisse ausgerichtete Kurse durchgeführt.

santésuisse und ihre Branchenpartner präsentierten sich an der Berner Ausbildungsmesse BAM mit dem Ziel, junge Erwachsene für die kaufmännische Grundausbildung bei einem Krankenversicherer zu begeistern.

Im Hinblick auf die neue Ausrichtung der kaufmännischen Berufsbildung «Kaufleute 2022» hat santésuisse die branchenspezifischen Leistungsziele und Lehrpläne für die überbetrieblichen Kurse (üK) in der kaufmännischen Grundbildung entwickelt und der Schweizerischen Konferenz der kaufmännischen Ausbildungs- und Prüfungsbranchen (SKKAB) eingereicht. Mit der Reform sollen die Kompetenzen der Kaufleute auf die sich verändernden Anforderungen beispielsweise aus der Digitalisierung ausgerichtet werden.

Als grösste Leistungseinkäuferin im Bereich der Grundversicherung ist tarifsuisse ag den 42 ihr angeschlossenen Krankenversicherern und – in letzter Konsequenz – den Prämienzahlenden verpflichtet. Sachgerechte Tarifstrukturen, zielgerichtet geführte Preisverhandlungen und sinnvolle Kontrollmechanismen sind die Grundlagen für eine faire Leistungsvergütung und ein bezahlbares Gesundheitswesen.



>1000

abgeschlossene
bzw.
bewirtschaftete
Tarifverträge

10+2

10 ambulante und
2 stationäre durch
tarifsuisse
bewirtschaftete
nationale
Tarifstrukturen

rund 60

Prozent Markt-
anteil im
Tarifverhandlungs-
Bereich

3,6

Millionen CHF,
die aufgrund einer
Intervention von
tarifsuisse
tarifcontrolling
zurückbezahlt
wurden

65

Mitarbeitende

OPTIMALE PREISE FÜR GUTE QUALITÄT – TIEFERE PRÄMIEN DANK KONSEQUENTEN TARIFVERHANDLUNGEN

Die Tarifpartner stehen vor der Herausforderung, eine hochklassige Versorgung aufrechtzuerhalten und gleichzeitig die Kostenspirale in den Griff zu bekommen. tarifsuisse ag steht dabei als grösste Einkaufsorganisation für Gesundheitsdienstleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Spannungsfeld zwischen den Forderungen der Leistungserbringer, den Vorgaben von Behörden der Kantone und des Bundes sowie denjenigen ihrer Auftraggeber – den 42 angeschlossenen Krankenversicherern. Zum Auftrag der santésuisse-Tochter gehört es, die Tarifstrukturen und Tarife für ambulante sowie stationär erbrachte Leistungen laufend zu überprüfen, anzupassen und regelmässig neu zu verhandeln. Immer mit dem Ziel, für die Prämienzahlenden die bestmöglichen Preise für die in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen zu erwirken. Im Auftrag von santésuisse führt tarifsuisse ag die Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG bei den Leistungserbringern durch (Details vgl. Seite 7). Eine weitere Aufgabe von tarifsuisse ist das Tarifcontrolling, das namens und im Auftrag von Kostenträgern durchgeführt wird. Beim Tarifcontrolling wird mithilfe verschiedener Methoden die korrekte Tarifierung der Leistungserbringer überprüft und durchgesetzt.

Weiterhin sehr schwierige Tariffindung mit der Ärzteschaft

Im Jahr 2019 haben sich die Fronten bei den ambulanten Tarifverhandlungen mit den kantonalen Ärztesellschaften leider weiter verhärtet. Konstruktive Verhandlungslösungen konnten hier keine gefunden werden. In der Folge mussten leider zahlreiche aufwendige Festsetzungs- und Beschwerdeverfahren geführt werden, die für beide Seiten einen unsicheren Ausgang haben.

Anspruchsvolle Verhandlungen der stationären Spitaltarife

Im stationären Bereich verhandelt tarifsuisse ag die von den Spitälern und Kliniken verrechenbaren Basispreise. Bei der Preisfindung müssen die KVG-pflichtigen Kosten sauber ausgeschieden und transparent ausgewiesen werden. Bei Universitäts- und Kinderspitälern stellen sich besondere Herausforderungen mit hohen Anforderungen an die Transparenz. Es muss belegt werden, dass höhere ausgewiesene Kosten – im Vergleich mit anderen Leistungserbringern – tatsächlich eine effiziente Leistungserbringung repräsentieren.

Gerade im Bereich der Kinderspitäler konnten im Jahr 2019 mithilfe neuer Datenanalysemethoden neue Erkenntnisse gewonnen werden, die dann erfolgreich bei den Preisverhandlungen eingesetzt werden konnten.

Das grösste Hindernis für konstruktive Verhandlungen stellte die Auslegung des Gesetzes und der Rechtsprechung durch einige Kantone dar. Das hat dazu geführt, dass der Wille zum Verhandlungsabschluss bei einigen Spitälern abgenommen hat und sie stattdessen den Weg über die kantonale Festsetzung gesucht haben.

Rückzahlungsforderungen für Pflegematerialien

Gemäss Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von 2017 ist durch Pflegefachpersonen angewendetes Pflegematerial Bestandteil der Pflegeleistungen. Die Kosten für diese Pflegematerialien dürfen den Krankenversicherern nicht separat – und damit als Doppelvergütung – in Rechnung gestellt werden. Das Gericht stellte mit seiner Entscheidung fest, dass die Restfinanzierung durch Kantone oder Gemeinden zu erfolgen hat. tarifsuisse ag hat die sich daraus ergebenden Rückforderungsansprüche der angeschlossenen Versicherer gegenüber den betreffenden Pflegeheimen geltend gemacht. Insgesamt wurden bei den Gerichten Rückforderungsklagen im Umfang von 57 Millionen Franken eingereicht.

Klärung bei den ambulanten Pauschalen für ärztliche Leistungen

Das Bundesverwaltungsgericht hat Anfang September 2019 entschieden, dass der Bund für die Genehmigung von ambulanten Pauschaltarifen mit schweizweiter Geltung zuständig ist. Nach Klärung der Genehmigungskompetenz ist der Weg nun frei, um ambulante Leistungspauschalen für verschiedene medizinische Disziplinen zur Genehmigung einzureichen.

Pauschaltarife verbessern die Transparenz für die Versicherten und die Versicherer. Durch die Verknüpfung der ambulanten Pauschalen mit qualitätssichernden Massnahmen können überflüssige Leistungen verhindert und Kosten vermieden werden. tarifsuisse brachte – im Auftrag von santésuisse – das Expertenwissen bei der Entwicklung der ambulanten Pauschalen zusammen mit der FMCH ein.

Krankenversicherer, Leistungserbringer und kantonale Behörden, sie alle vertrauen auf die Innovationskraft der SASIS AG. Der Datenlogistiker ist unverzichtbarer Partner für innovative Branchenapplikationen und sorgt mit verbindlichen, aussagekräftigen und aktuellen Daten für mehr Transparenz im Gesundheitswesen.



> 82 000

Leistungserbringer

> 14 000

Tarifverträge

11 Mio.

Versichertenkarten
(KVG & VVG) im Einsatz

> 30 000

entgegengenommene
Telefonanrufe im
Zahlstellenregister

DER INNOVATIVE DATENLOGISTIKER FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Krankenversicherungen, Leistungserbringer und Behörden arbeiten als Organisationen innerhalb des reglementierten Gesundheitswesens. Zur Abwicklung der administrativen Prozesse stellt die SASIS AG den beteiligten Partnern strukturierte Daten und aussagekräftige Informationen zur Verfügung. Als innovativer Datenlogistiker unterstützt die SASIS AG die Zusammenarbeit der Krankenversicherer mit den Leistungserbringern beim elektronischen Datenaustausch und bei der Prozessoptimierung. Zudem entwickelt die SASIS AG Dienstleistungen im Bereich eHealth und E-Government.

Die Produkte und Dienstleistungen der SASIS AG werden überwiegend von den Krankenversicherern und verwandten Organisationen genutzt. Es sind unverzichtbare Branchenapplikationen wie das Zahlstellenregister, das Zentrale Vertragsregister, der Daten- und Tarifpool, die Versichertenkarte sowie SHIP.

Die fortschreitende digitale Transformation verändert die Prozesse im Gesundheitswesen tiefgreifend. Während die elektronischen Branchen Anwendungen zu mehr Effizienz und besserer Datenqualität führen, werden die dazugehörigen Prozesse im Hintergrund immer komplexer. Dies stellt hohe Anforderungen an Anwendungsentwickler und Datendienstleister. Ein mehrjähriges Infrastrukturprojekt zur Gewährleistung der Hochverfügbarkeit und Ausfallsicherheit durch redundante Systeme konnte im Jahr 2019 abgeschlossen werden. Damit wurde auch eine moderne Basis für die weiteren Digitalisierungsvorhaben geschaffen.

Weg frei für die virtuelle Versichertenkarte

Die Versichertenkarte (VeKa) der Schweizer Krankenversicherer wird vom VeKa-Center der SASIS AG im Auftrag der teilnehmenden Versicherer produziert und direkt an die Versicherten verschickt, so dass diese bei den medizinischen Leistungserbringern im In- und Ausland angewendet werden können. Der Versicherer kann mit der Branchenlösung des VeKa-Centers alle bestehenden und zukünftigen Anwendungen im Bereich der Schweizer Versichertenkarte nutzen.

Ein Schlüsselprojekt ist die Entwicklung einer virtuellen Ergänzung zur physischen Versichertenkarte. Ab 2020 werden erste Krankenversicherer das von der SASIS AG entwickelte Tool für die «Eintrittskarte» in das schweizerische Gesundheitswesen in ihre Versicherer-Apps integrieren. Dies entspricht dem Bedürfnis der stetig wachsenden Generation, die sich in der digitalen Welt zu Hause fühlt. Von der virtuellen Versichertenkarte profitieren aber auch Leistungserbringer und Krankenversicherer: Einerseits wird der Prozess der administrativen Patientenaufnahme beim Leistungserbringer – beispielsweise beim Arzt – effizienter und weniger fehleranfällig, andererseits werden nicht mehr gültige Karten sofort erkannt, was Missbrauch minimiert. Entsprechend gross ist das Interesse an der neuen Branchenlösung.

SHIP ist live!

Der Kommunikationsstandard SHIP (Swiss Health Information Processing) ermöglicht den digitalen Datenaustausch und somit eine effiziente, fehlerfreie und automatisierte Abwicklung administrativer Prozesse zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Was bisher oft mühsam mit Papier, Telefon, Fax und per Post vom Spital an den Krankenversicherer oder die zuständige kantonale Behörde transferiert wird, funktioniert fortan digital. Im Oktober 2019 konnte SHIP nach einer intensiven Pilotphase mit den ersten Partnern den operativen Livebetrieb aufnehmen.

Herzstück des digitalen Datenaustauschs ist der einheitliche Kommunikationsstandard SHIP. Mit SHIP können dank elektronischen Standardprozessen Behandlungsfälle eröffnet, Behandlungsinformationen ausgetauscht und sämtliche Fragen der Kostenübernahme abgeklärt werden. Die sichere Punkt-zu-Punkt-Datenübermittlung beschränkt sich nicht alleine auf Anwendungen zwischen Spitälern, Krankenversicherern und kantonalen Verwaltungen. Vielmehr sind mit SHIP die Voraussetzungen geschaffen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen effektiv und nachhaltig in die Tat umzusetzen – zugunsten einer deutlichen Effizienzsteigerung, verbunden mit entsprechender Kosteneinsparung.

Der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) bietet in seinen Bereichen Dienstleistungen für ambulante und stationäre Behandlungen an. 35 Krankenversicherer bzw. Institutionen sind Kunden des SVK. Es werden Patientendossiers hinsichtlich Kostengutsprachen, Deckungs- und Rechnungsprüfungen von Krankenversicherern, der SUVA/Militärversicherung, der gemeinsamen Einrichtung KVG und der Invalidenversicherung/BSV bearbeitet.



35

Mitarbeitende

35

Kunden – Versicherer
beziehungsweise Gruppen
und institutionelle Kunden

52 500

bearbeitete
Kundendossiers

300 000

geprüfte
Rechnungen

ERFOLGREICHE NEUAUSRICHTUNG

Die konsequente Neuausrichtung des SVK als reiner Dienstleistungsanbieter für Versicherungen hat sich positiv auf die Geschäftstätigkeit und die Geschäftsentwicklung des SVK ausgewirkt. Die Kunden profitierten von tieferen Fallpreisen und der verursachergerechten sowie transparenten Vergütung der Dienstleistungen. Ebenso konnten die Verarbeitungsprozesse in weiten Teilen deutlich optimiert werden. Auf dieser Basis haben sich die Kunden des SVK erneut ab dem Jahr 2020 für eine mehrjährige Weiterführung der Zusammenarbeit entschieden. Der SVK ist in Entwicklung neuer Dienstleistungen für seine Kunden. Er konzentriert sich dabei auf Bereiche, welche einen ausgewiesenen Kundenbedarf aufweisen und in der Regel durch tiefe Fallzahlen, hohe Durchschnittskosten und die Notwendigkeit von spezialisiertem Fachwissen gekennzeichnet sind.

Elektronische Rechnungsverarbeitung

Der SVK ist seit Oktober 2018 als Datenannahmestelle zertifiziert. Im August 2019 erhielt der SVK vom Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) die formale Bestätigung über die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen als Datenannahmestelle für spezifische Leistungen in der Abrechnung von stationären Spitalleistungen. Damit wird die elektronische Anbindung und Rechnungsverarbeitung des SVK behördlich getragen und bietet für alle Beteiligten die geforderten und notwendigen datenschutzrechtlichen Anforderungen. Der grösste Teil der SVK-Kunden hat dem EDÖB im Jahr 2019 den SVK als weitere Datenannahmestelle gemeldet. Insgesamt konnten im Verlaufe des Jahres 2019 rund 100 000 der insgesamt gegen 300 000 jährlich bearbeiteten Rechnungen elektronisch verarbeitet und den Kunden übermittelt werden.

Spezialisierte Dienstleistungen

Der SVK nimmt für die ihm angeschlossenen Krankenversicherer und Institutionen in den Bereichen Medikamente, Transplantationen, Dialyse, künstliche Ernährung zu Hause und mechanische Heimventilation Beurteilungen und Abklärungen vor. Vor allem in den stark wachsenden Bereichen der künstlichen Ernährung und Heimventilation wird angestrebt, dass mit der elektronischen Rechnungsverarbeitung und Datenübermittlung im Jahre 2020 gegen 90 Prozent der Deckungs- und Rechnungsprüfungen automatisch bearbeitet werden können.

Weiterer Anstieg bei der künstlichen Ernährung

Im Bereich der künstlichen Ernährung hat sich die Zahl der aktiven Patienten mit nunmehr 27 000 seit 2016 praktisch ver-

doppelt. Das starke Wachstum ist einerseits auf die demografische Alterung der Bevölkerung und andererseits auf den vermehrten Aufbau von spezialisierten Ernährungsteams in den Spitälern zurückzuführen. Bei der mechanischen Heimventilation war ebenfalls eine Verdoppelung zu verzeichnen. Mittlerweile werden in diesem Bereich über 5000 Patientendossiers betreut.

Heimdialysen nehmen weiter zu

Seit 1963 bearbeitet der SVK alle Vorgänge rund um die Nierenersatzverfahren. Er ist zusammen mit H+ Die Spitäler der Schweiz und den Industriepartnern mitverantwortlich für Inhalt und Umsetzung der nationalen Verträge und deren Genehmigung durch den Bundesrat. Der Anteil der von den Patienten zu Hause durchgeführten Dialysen steigt seit einigen Jahren kontinuierlich an. Die Heimdialyse ist aber noch deutlich weiter auszubauen.

Rückgang bei Transplantation

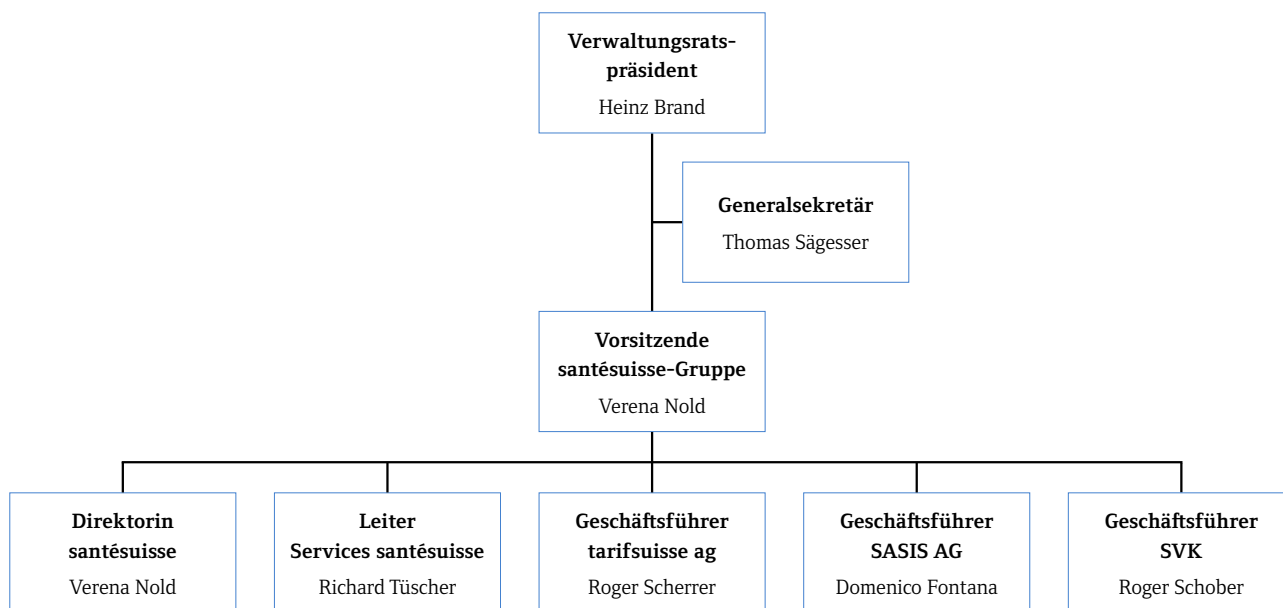
Seit den 1970er Jahren erledigt der SVK die administrativen Abläufe und notwendigen Prozesse rund um Transplantationen. Auch hier ist er zusammen mit H+ mitverantwortlich für Inhalt und Umsetzung der nationalen Verträge und Genehmigung durch den Bundesrat der sogenannten soliden Organe für Spender und Empfänger wie auch denjenigen der Stammzellen. Nach einem stetigen Anstieg der Spenderzahlen in den vergangenen Jahren war 2019 ein Rückgang zu verzeichnen.

REGELUNG DES ERWERBSAUSFALLS BEI LEBENDSPENDERN (NIEREN, LEBER, STAMMZELLEN)

Bei Lebendspenden von Organen wird die organspendende Person vorübergehend erwerbsunfähig. Das Transplantationsgesetz sieht hier eine Erwerbsausfallentschädigung und die Vergütung von Umtrieben zur «Schadloshaltung des Lebendspendenden» vor. Allerdings waren die Lebenspendenden, die Versicherungen sowie weitere beteiligte Parteien wiederholt mit ungeklärten Fragen im operativen Vollzug konfrontiert. Der SVK konnte hier im Jahr 2019 mit allen beteiligten Parteien im Bereich der Lebendspende ein umfassendes Regelwerk erarbeiten, mit dem der Erwerbsausfall und die Spesenvergütungen nach einheitlichen Vorgaben ermittelt und ausgerichtet werden können. Dieses Regelwerk ist dem BAG eingereicht worden und die Validierung ist für das Jahr 2020 vorgesehen. Damit konnte für die Lebendspender und alle mit der Lebendspende betroffenen Partner ein Mehrwert geschaffen werden.

Organisation

Stand 1. März 2020



VERWALTUNGSRAT

Präsident alt Nationalrat Heinz Brand,
Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

Vizepräsident Dieter Boesch,
RVK, Aquilana Versicherungen, Postfach, 5401 Baden

Vizepräsident Dr. Thomas J. Grichting,
Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny

Dr. Ruedi Bodenmann, Assura-Basis SA,
Avenue C.-F. Ramuz 70, Case Postale 532, 1009 Pully

Dr. Reto Dahinden, SWICA Gesundheitsorganisation,
Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

Nikolai Dittli, CONCORDIA Schweizerische
Kranken- und Unfallversicherung AG,
Bundesplatz 15, 6002 Luzern

Dr. Reto Flury, EGK-Gesundheitskasse,
Brislacherstrasse 2, 4242 Laufen

Angelo Egli, Visana Services AG,
Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15

Stefan Schena, ÖKK Kranken- und Unfall-
versicherungen AG, Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart

Dr. Michael Willer, Sympany,
Peter-Merian-Weg 4, 4002 Basel

Christof Zürcher, Atupri Krankenkasse,
Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65

GRUPPENLEITUNG

Verena Nold, Direktorin santésuisse,
Vorsitzende der Gruppenleitung

Richard Tüscher, Leiter Abteilung Services

Roger Scherrer, Geschäftsführer tarifsuisse ag

Domenico Fontana, Geschäftsführer SASIS AG

Roger Schober, Geschäftsführer SVK

GENERALSEKRETÄR

Dr. Thomas Sägesser

Hauptsitze

santésuisse –

Die Schweizer Krankenversicherer

Römerstrasse 20, Postfach 1561,
4502 Solothurn

Tel. + 41 32 625 41 41

mail@santesuisse.ch

www.santesuisse.ch

tarifsuisse ag

Römerstrasse 20, Postfach 1561,
4502 Solothurn

Tel. +41 32 625 47 00

info@tarifsuisse.ch

www.tarifsuisse.ch

SASIS AG

Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

Tel. + 41 32 625 42 00

info@sasis.ch

www.sasis.ch

SVK

**Schweizerischer Verband
für Gemeinschaftsaufgaben
der Krankenversicherer**

Muttenstrasse 3, 4502 Solothurn

Tel. +41 32 626 57 47

info@svk.org

www.svk.org

IMPRESSUM

Herausgeberin, Redaktion und Produktion

santésuisse –
Die Schweizer Krankenversicherer
Ressort Kommunikation
Römerstrasse 20
Postfach 1561
4502 Solothurn
Telefon + 41 32 625 41 41
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Konzept/Design/Produktion

Linkgroup AG, Zürich
www.linkgroup.ch

Druck

Druckerei Herzog AG
Gewerbstrasse 3
4513 Langendorf

santésuisse –
Die Schweizer Krankenversicherer