

2016

Geschäftsbericht

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



2016

Das Jahr in Kürze

Januar

NEUE GRUPPEN-STRUKTUR

Die «santésuisse-Gruppe» startet nach einer umfassenden Reorganisation gestärkt ins neue Jahr.

Februar

SPITALFINDER.CH MIT ERWEITERTEN QUALITÄTSDATEN

Das Vergleichsportal Spitalfinder bietet neu auch Resultate zur Patientenzufriedenheit und Wundinfektmessungen an.

März

SANTÉSUISSE-AUSLANDVERGLEICH ZEIGT VIEL ZU HOHE MEDIKAMENTEN-MARGEN

Die Handelsmargen für Medikamente sind gemäss dem santésuisse-Vergleich um 489 Millionen Franken höher als in europäischen Vergleichsländern.

April

SANTÉSUISSE FORDERT ALTERNATIVEN ZUM ÄRZTESTOPP

Nach der Verlängerung des Zulassungsstopps durch den Bundesrat verlangt santésuisse eine nachhaltige Lösung, die sich an Qualitätsanforderungen orientiert.

Mai

PAUSCHALEN FÜR DEN TARMED

Als rasch umsetzbare Lösung zur Tarifrevision schlägt santésuisse Pauschalen für häufige ambulante Eingriffe vor.

Juni

125 JAHRE SANTÉSUISSE

Im Beisein von Bundesrat Alain Berset feiert santésuisse in einem Festakt ihr 125-jähriges Bestehen.

Juli

STARKER ANSTIEG DER AMBULANTEN KOSTEN

santésuisse erwartet für 2016 um 3,5 Prozent höhere Kosten. Besonders stark steigen die ambulanten Arzt- und Spitalleistungen und Medikamentenkosten.

August

KEINE LIEFERUNG VON INDIVIDUALDATEN AUF VORRAT AN DAS BAG

santésuisse lehnt die Lieferung umfassender Patientendaten an das BAG als unverhältnismässig ab.

September

STARKER PRÄMIEN-ANSTIEG FÜR 2017

Der Bundesrat gibt für 2017 einen Anstieg der Standardprämien um 4,5 Prozent bekannt.

Oktober

JÄHRLICHE PREIS-ÜBERPRÜFUNG BEI MEDIKAMENTEN

santésuisse fordert die jährliche Überprüfung der Medikamentenpreise und ein Antrags- sowie Beschwerderecht bei deren Aufnahme in die Kassenspflicht.

November

ZENTRALE ROLLE DER QUALITÄT

Am santésuisse-Novemberkongress fordert santésuisse die systematische Etablierung und Durchsetzung der Qualitätssicherung und -messung auch im ambulanten Bereich.

Dezember

FRANCHISEN DER KOSTENENTWICKLUNG ANPASSEN

Der Nationalrat nimmt eine auch von santésuisse unterstützte Motion an, die eine regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung verlangt.

Editorial

santésuisse bringt an Qualität und Effizienz orientierte Lösungsvorschläge als Gegengewicht zu mehr Regulierung und staatlichem Einfluss in die politische Diskussion ein.



Zwei Meilensteine prägten das Jahr 2016: Einerseits konnte der Verband santésuisse sein 125-jähriges Bestehen feiern. Andererseits bestand die neu formierte santésuisse-Gruppe erfolgreich ihr erstes Jahr im operativen Betrieb. Das Zusammentreffen dieser beiden Ereignisse zeigt beispielhaft, wie sich der Verband santésuisse immer wieder zu erneuern wusste, um den Anforderungen und Erwartungen seiner Mitglieder zu entsprechen.

In der santésuisse-Gruppe nehmen die Gruppengesellschaften santésuisse, tarifsuisse ag, SASIS AG und SVK wichtige Aufgaben in unserem Gesundheitswesen wahr. Diese Aufgabenteilung erlaubt es dem Verband santésuisse, sich auf seine Kernaufgaben in der Kommunikation und der Branchenausbildung zu konzentrieren. Der Kommunikation von Positionen und Lösungsvorschlägen kommt angesichts der sich intensivierenden Debatte um Rezepte gegen die steigenden Gesundheitskosten immer höhere Bedeutung zu. santésuisse bringt seine an Qualität und Effizienz orientierten Lösungsvorschläge als Gegengewicht zum Trend nach mehr Regulierung und staatlicher Einflussnahme in die politische Diskussion ein.

Finanzielle Fehlanreize sind ein wichtiger Treiber für die ungebrochene Kostenentwicklung. Besonders stark ist seit längerem das Kostenwachstum bei den ambulanten Leistungen. santésuisse unterstützt deshalb den Bundesrat in seiner Forderung nach einer kostenneutralen Revision des ambulanten Ärztetarifs TARMED und hat selber rasch umsetzbare Reformvorschläge eingebracht. Der Kampf gegen den ungehemmten Kostenanstieg beschränkt sich indes nicht auf dieses Thema. santésuisse setzt sich als Treuhänderin der Versicherten auf allen Ebenen und in allen Bereichen des Gesundheitswesens unermüdlich dafür ein, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch längerfristig bezahlbar bleibt. Ihre Qualität und Effizienz muss deshalb besser werden!

Das vergangene Jahr war geprägt von intensiver Arbeit in allen Bereichen der santésuisse-Gruppe. Ich danke den Verwaltungsräten, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von santésuisse und ihren Gruppengesellschaften sowie den in den Verbandsgremien Mitarbeitenden der Krankenversicherer für ihren Beitrag und Einsatz zugunsten unseres Gesundheitswesens.

*Heinz Brand
Verwaltungsratspräsident*

«Unsere Vision ist ein freiheitlich organisiertes Gesundheitswesen, das den Versicherten den freien Zugang zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen und ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis garantiert. Als schlagkräftiger Branchenverband sind wir der Meinungsführer der Krankenversicherungsbranche.»

santésuisse im Einsatz für mehr Eigenverantwortung und weniger staatlichen Einfluss

santésuisse begleitet die politischen Entscheidungsprozesse eng. Mit Newslettern, Mediencommuniqués und Stellungnahmen kommuniziert santésuisse die Branchenposition zu gesundheitspolitischen Themen.

Vierter Anlauf für Einheitskasse gescheitert

Die Fédération Romande des Consommateurs (FRC) und weitere Kreise unternahmen einen neuen Anlauf, um die bewährte Krankenversicherungslandschaft grundlegend zu verändern. Der Vorschlag sah kantonale Ausgleichskassen vor. Die Idee einer vierten Initiative in Richtung Einheitskasse bzw. Kantonalisierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wurde indessen von den Initianten wegen fehlender Unterstützung im Mai 2016 begraben.

Ärztzulassungen über die Qualität steuern

In der Sommersession stimmte das Parlament der nochmaligen Verlängerung des Zulassungsstopps für Ärzte zu. Auswertungen von santésuisse zur Kostenentwicklung zeigten, dass keine Kostenunterschiede zwischen Kantonen mit oder ohne Zulassungsstopp festgestellt werden können. Statt erneuter planwirtschaftlicher Eingriffe, die zu neuen finanziellen Fehlanreizen führen, forderte santésuisse deshalb vom Bundesrat nachhaltige Lösungen zur Steuerung der ambulanten Versorgung. Beispielsweise soll die Berechtigung zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Qualitätsindikatoren verbunden werden.

Vorbehalte gegen Datenlieferungen

Gemäss Kreisschreiben des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mussten die Krankenversicherer zu Statistikzwecken bis am 30. Juni 2016 umfangreiche Individualdaten der Versicherten einreichen. Weitere Lieferungen von Personendaten sind vorgesehen. Von santésuisse in Auftrag gegebene Rechtsgutachten beurteilten den Datenhunger der Behörden als kritisch und deren Forderung als unverhältnismässig. santésuisse stellte sich gegen diese Datenlieferungen auf Vorrat, weil trotz Anonymisierung eine Re-Identifikation möglich und somit der Persönlichkeitsschutz nicht gewährleistet ist.

Parlament will mehr Selbstverantwortung

Die Gesundheitskommissionen von National- und Ständerat möchten die Selbstverantwortung der Krankenversicherten stärken. Sie unterstützten eine entsprechende Forderung, die eine dreijährige Vertragsdauer für die Wahlfranchisen verlangt. Eine verlängerte Vertragsdauer würde die Solidarität in der Krankenversicherung stärken, da es zum Beispiel nicht mehr möglich wäre, kurzfristig zur ordentlichen Franchise von 300 Franken im Jahr zurückzukehren, wenn sich höhere Krankheitskosten abzeichnen. Die parlamentarische Umsetzung ist noch offen. Weiter stimmte das Parlament einer Motion zu, die eine Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorsieht. santésuisse unterstützt diese beiden Massnahmen als sinnvolle und nachhaltige Optimierungen der obligatorischen Grundversicherung.

Einheitliche Finanzierung medizinischer Leistungen

Einzelne Kantone wollen ab 2017 vorschreiben, dass bestimmte Operationen nur noch ambulant durchgeführt werden dürfen. Aus Sicht von santésuisse bestehen grundsätzlich keine Einwände gegenüber einer verstärkten Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen. Solche Bestrebungen sind zu unterstützen. Es braucht aber eine schweizweit einheitliche Lösung und nicht kantonal unterschiedliche Lösungen. Für die Prämienzahler muss zudem eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen zu tieferen Kosten führen, deshalb braucht es zwingend eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen.



Die Qualität ist der Schlüssel zur
Vermeidung von überflüssigen
Leistungen und zu einer langfristig
bezahlbaren Krankenversicherung.



Globalbudgets: falsches Rezept mit Nebenwirkungen

Um das Kostenwachstum in der obligatorischen Grundversicherung einzudämmen, prüft das BAG die Einführung flächendeckender Globalbudgets. Auch parlamentarische Vorstösse fordern solch einschneidende Massnahmen. Für santésuisse sind die Qualitätstransparenz und der Qualitätswettbewerb die richtigen und zugleich nachhaltigen Massnahmen, um das übermässige Kostenwachstum zu dämpfen. santésuisse will keine Rationierung zulasten der Patienten, sondern eine bessere Qualität und mehr Effizienz zugunsten der Krankenversicherung. Konkret sind die Kombination von Qualitätskriterien und eine Lockerung des Vertragszwangs wegweisend.

Das Gesundheitswesen gezielt und lösungsorientiert voranbringen

santésuisse erarbeitet Vorschläge zur Frage, wie das Gesundheitswesen nachhaltig verbessert werden kann. Mit Transparenz, Qualität und Preisen steht santésuisse für die Wahlfreiheit der Versicherten ein und kämpft gegen die Kosten- und damit verbundenen Prämiensteigerungen.

Totalrevision des TARMED gescheitert

Nachdem bereits 2015 ein gemeinsamer Vorschlag für eine Totalrevision des ambulanten Ärztetarifs TARMED in weite Ferne rückte, nahm santésuisse Anfang 2016 mit der fmCh Tarifunion, die 25 medizinische Fachgesellschaften und Vereine mit rund 8000 Ärztinnen und Ärzten umfasst, Verhandlungen auf. Zusammen mit dem Bundesrat wurde ein Vorschlag zur Integration von Pauschalen für besonders häufig erbrachte Leistungen erarbeitet. Ende Oktober 2016 scheiterte die Totalrevision endgültig am Widerstand der FMH gegen eine kostenneutrale Umsetzung. Eine Tarifrevision nach den Vorstellungen der Ärzte hätte Mehrkosten zulasten der Prämienzahlerinnen und -zahler von über vier Milliarden Franken nach sich gezogen. Der Bundesrat hat angekündigt, dass er seine subsidiäre Kompetenz wahrnehmen und in die Tarifstruktur eingreifen werde.

Gegen willkürlich eingeteilte Prämienregionen

Mit seinem Vorhaben, die Prämienregionen neu nach Bezirken statt Gemeinden einzuteilen, stiess das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bei den betroffenen Kantonen auf grosse Ablehnung. Über drei Millionen Versicherte in kostengünstigen ländlichen Regionen wären von teilweise massiven Prämiensteigerungen betroffen gewesen. santésuisse unterstützte die Meinungsbildung im Parlament und in den Kantonen mit Analysen und Kostendaten auf Gemeindeebene.

Preissenkungen auf Medizinalprodukte

Seit Jahren weist santésuisse darauf hin, dass die Preise für Medizinalprodukte in der Schweiz zu hoch sind. Letztmals im Rahmen eines Auslandpreisvergleiches für Blutzuckermessstreifen im Jahr 2015. Die Recherchen von santésuisse ergaben, dass die Preise im Vergleich mit dem angrenzenden Ausland rund doppelt so hoch sind und ein Einsparpotential von mehr als 30 Millionen Franken pro Jahr besteht. Das BAG reagierte im Dezember 2016 auf den von santésuisse eingereichten Antrag und senkte auf den 1. Januar 2017 als Sofortmassnahme die Höchstpreise für Blutzuckermessstreifen und Lichttherapielampen.

Wiederaufnahme der Preisüberprüfungen bei Medikamenten

Wegen eines Bundesgerichtsentscheids gegen die Preisüberprüfungen bei den Medikamenten musste der Bundesrat die entsprechende Verordnung anpassen. Nach einem dreijährigen Unterbruch nimmt der Bundesrat die Überprüfung der Medikamentenpreise ab 2017 wieder auf. Allerdings übernahm die Verordnungsanpassung weder das von santésuisse geforderte Beschwerderecht noch die jährliche Überprüfung aller Medikamentenpreise. Auch die Einhaltung des gesetzlich verankerten Kostengünstigkeitsprinzips wurde nicht berücksichtigt. Mit dessen konsequenter Anwendung und der Förderung der Generika könnten jährlich rund 600 Millionen Franken eingespart werden; überhöhte Vertriebsmargen machen weitere 460 Millionen Franken aus. Einsparungen im Medikamentenbereich von einer Milliarde Franken würden die Versicherten um drei bis vier Prämienprozent jährlich entlasten.

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.



148

Stellungnahmen,
Empfehlungen und
Medienmitteilungen

5000

Blog-Leserinnen
und -Leser pro Monat

85

Lehrlinge jährlich
ausgebildet als
«Kaufleute santésuisse»

30 000

Abfragen auf
spitalfinder.ch

IM DIENST VON KRANKENVERSICHERERN, ÖFFENTLICHKEIT UND PRÄMIENZAHLENDEN

spitalfinder.ch vergleicht Qualität der Spitäler

Rund 30 000 Benutzerinnen und Benutzer orientierten sich 2016 auf spitalfinder.ch, dem umfassenden Vergleichsportal von santésuisse und dem Konsumentenforum Kf, über die Qualität der Schweizer Spitäler. Das Angebot wurde ausgebaut mit den aktuellsten Qualitätsdaten zur Patientenzufriedenheit und zu Wundinfekten.

→ www.spitalfinder.ch

Monsieur Santé erklärt das Gesundheitswesen

Seit der Lancierung der Blogs «Monsieur Santé» im Jahr 2012 haben 90 000 verschiedene Leser 225 000 Mal einen Artikel aufgerufen, mit durchschnittlich 500 Leserinnen und Lesern pro Beitrag. Mittels über 300 Beiträgen in Deutsch und 100 Beiträgen in Französisch erklären Mitarbeitende von santésuisse im «Monsieur Santé»-Blog das Funktionieren des Schweizer Gesundheitswesens. Insgesamt betrug im Jahr 2016 die Leserschaft zwischen 2000 und 5000 Personen pro Monat.

santésuisse-Branchenvereinbarung zur Kundenwerbung

Ab dem 1. Januar 2016 trat die neue santésuisse-Branchenvereinbarung zur Regelung der Kundenwerbung in Kraft. Die Vereinbarung soll die Versicherten besser vor unerwünschten Werbeanrufen schützen und die Qualität der Kundenwerbung erhöhen. Über 100 Beschwerden zu behaupteten Verstössen wurden von Versicherten bei santésuisse deponiert. Hauptärgernis waren aggressiv auftretende Call-Centers. Da die Meldungen der Versicherten meistens einzig eine Call-Center-Nummer umfassten, blieben Nachforschungen ergebnislos, da auch keine Verbindung zu einem allfälligen Auftraggeber hergestellt werden konnte. In den wenigen Fällen, in denen mehr Informationen vorlagen, unterstützten die Krankenversicherer aktiv die Nachforschungen von santésuisse.

Weiter ausgebautes Bildungsangebot

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 bietet ein umfassendes Bildungsangebot, von der kaufmännischen Grundbildung über Grundkurse für Quereinsteiger bis hin zu den Lehrgängen Krankenversicherungsfachmann/-fachfrau und Krankenversicherungsexperte/-expertin mit eidgenössischem Fachausweis bzw. Diplom. Spezifische Bedürfnisse werden durch Firmen- oder Spezialkurse, zum Beispiel Medizinkurse oder solche zur Unfall- oder Invalidenversicherung, abgedeckt. Das Angebot wurde ausgebaut, und der Kurs zum Thema Datenschutz konnte auch in der Westschweiz erfolgreich durchgeführt werden. Der neue Spezialkurs Taggeld ist auch ein Zeichen der stetigen Weiterentwicklung des Portfolios.

Die Qualitätsmängel von Vermittlern wurden in den Medien wiederholt thematisiert. Der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) und der Berufsbildungsverband der schweizerischen Versicherungswirtschaft (VBV) forcieren die Akkreditierung der Berater unter dem Qualitätslabel Cicero. Mit dem VBV wurde ein spezifisch für die Kranken- und Unfallversicherung entworfener Weg zur Cicero-Zertifizierung diskutiert, der unter Einbezug von santésuisse entwickelt und umgesetzt werden soll.

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

tarifsuisse ag ist mit 45 angeschlossenen Krankenversicherern und im schweizerischen Durchschnitt rund 60 Prozent Marktanteil der grösste Leistungseinkäufer im KVG-Bereich. Dank dem fundiertem Know-how der Mitarbeitenden ist tarifsuisse ag kompetenter Ansprechpartner in allen Tariffragen sowohl für Leistungserbringer wie für Behörden.



> 1000

verhandelte
Verträge

60%

Marktanteil

2432

statistisch
auffällige Ärzte

75

Eingaben für
Rückzahlung
überhöhter
Arzthonorare

OPTIMALE PREISE FÜR GUTE QUALITÄT – TIEFERE PRÄMIEN DANK KONSEQUENTEN TARIFVERHANDLUNGEN

tarifsuisse ag verwaltet über 1000 Verträge mit Leistungserbringern und verhandelt davon mehrere 100 jedes Jahr neu.

Verhandlungen drücken die Spitaltarife

Bei den stationären Spitaltarifen hielt die Tendenz zu tieferen Basispreisen (Baserates) auch im Berichtsjahr an. In einem wegweisenden Urteil hat das Bundesverwaltungsgericht am 29. Januar 2016 die Beschwerde der von tarifsuisse ag vertretenen Krankenversicherer gegen den vom St. Galler Regierungsrat beschlossenen Basispreis gutgeheissen. Die Auswahl der für die Preisfestsetzung massgebenden Vergleichsspitäler müsse ein wirklichkeitsgetreues Abbild der schweizerischen Akutspitäler sein. Mit einigen Spitälern konnte im Verlauf des Jahres eine für beide Seiten positive Vergangenheitsbewältigung gemacht werden.

Im ambulanten Bereich hat tarifsuisse die Parallelisierung der Taxpunktwerte zwischen Spital und Praxis vorangetrieben und ein neues Modell zur Steuerung der Taxpunktwerte in der frei praktizierenden Ärzteschaft entwickelt.

Die Fachleute von tarifsuisse ag arbeiteten aktiv an der Entwicklung und Einführung neuer Tarifierungsmodelle für stationäre Leistungen in der Psychiatrie (TARPSY) und Rehabilitation (ST Reha) mit.

Mit verschiedenen weiteren Verbänden wie den Physiotherapeuten, Hebammen und Apotheken hat tarifsuisse ag Gespräche und Verhandlungen über die Anpassung der Tarifstrukturen geführt.

Leistungsüberprüfung

Mit einer systematischen Tarifkontrolle, durchgeführt von tarifsuisse tarifcontrolling, reagieren die Krankenversicherer auf «kreative Tarifinterpretationen» von Leistungserbringern zulasten des Versichertenkollektivs. Die Meldungen mit einem Verdacht auf falsche Tarifierung kommen in der Regel von Krankenversicherern, Behörden oder Verbänden, aber auch Leistungserbringer und Privatpersonen können sich mit Hinweisen an die Meldestelle wenden.

Seit dem 1. September 2014 sind mehrere 100 Meldungen eingegangen, die einer Voranalyse unterzogen wurden. 40 davon wurden bisher im Auftrag der Krankenversicherer systematisch analysiert respektive werden noch bearbeitet. Dabei konnten diverse Rückzahlungsvereinbarungen abgeschlossen werden.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäss Art. 56 KVG

tarifsuisse ag führt im Auftrag von santésuisse für die Gesamtbranche mittels statistischer Methoden systematische Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch. Die statistische Methode hat zum Ziel, diejenigen Leistungserbringer zu erkennen, die beispielsweise mit «Überarztung» signifikant höhere Kosten generieren als ihre Facharztkolleginnen und -kollegen. Leistungserbringer mit überdurchschnittlich hohen Kosten werden mittels Informationsschreiben kontaktiert und gebeten, ihr identifiziertes Kostenbild zu begründen. Bei nicht erklärbareren zu hohen Kosten werden Rückzahlungsforderungen gestellt. Dies kann in seltenen Fällen zu Gerichtsverfahren führen. Die Zahl der als statistisch auffällig eingestuften Ärzte hat im Statistikjahr 2014 leicht zugenommen.

Im Herbst 2016 haben sich santésuisse, curafutura und die FMH darauf geeinigt, die statistische Methode, das Modell und mögliche Weiterentwicklungen extern validieren zu lassen. Zudem wird extern unabhängig überprüft, ob mit der bestehenden statistischen Methode die unwirtschaftlich tätigen Ärzte erkannt werden. Ziel muss es sein, in Zukunft möglichst wenig Ärzte ungerechtfertigterweise als unwirtschaftlich arbeitend zu identifizieren. Dies liegt im Interesse aller Beteiligten, nicht zuletzt, weil der Aufwand für die Wirtschaftlichkeitsprüfung reduziert werden kann.

Fallbeispiel

TARIFCONTROLLING: NICHTWEITERGABE VON VERGÜNSTIGUNGEN

In einem spitalspezifischen Fall besteht der Verdacht, dass der Leistungserbringer Vergünstigungen beim Kauf von Verbrauchsmaterial respektive Implantaten ausgehandelt hat, diese aber nicht – wie gesetzlich vorgeschrieben – den Versicherten hat zukommen lassen. Neben der noch laufenden Strafuntersuchung hat tarifsuisse tarifcontrolling für ihre Klienten zusätzlich Zivilklage erhoben.

→ Für die vertretenen Mandanten beträgt die Summe aller von dieser Untersuchung betroffenen Verbrauchsmaterialien und Implantate rund 2 Millionen Franken.

Zur Abwicklung der administrativen Prozesse benötigen die Krankenversicherer strukturierte Daten und aussagekräftige Informationen. Die SASIS AG entwickelt, betreibt und vertreibt die elektronischen Branchenapplikationen für das Schweizer Gesundheitswesen. Weiter liefert die SASIS AG Daten zur Kostenentwicklung sowie zur Erhöhung der Transparenz im Gesundheitswesen und bei den Krankenversicherungen.



**> 100
Mio.**

Rechnungen

26 314

abrechnende
Ärzte

11 000

verwaltete
Verträge

4 Mio.

Deckungsabfragen
pro Monat

DER INNOVATIVE DATENLOGISTIKER IM SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN

In den Abteilungen Zahlstellenregister, Zentrales Vertragsregister und Statistik wurde 2016 mit verschiedenen Massnahmen die Datenqualität nachhaltig gesteigert.

Angebotsoptimierung des Versichertenkarten-Centers (VeKa-Center)

Das VeKa-Center umfasst die Koordination der Kartenproduktion, die Abfragedienste und die Zuteilung der neuen AHV-Nummer. Seit 2016 werden die hochstehenden Dienstleistungen des VeKa-Centers von allen Krankenversicherungen in Anspruch genommen. Eine telefonische Hotline für Rückfragen der Leistungserbringer erteilt Auskünfte über VeKa-Nummern, weil die Patienten ihre Versichertenkarte nicht auf sich tragen. Täglich werden von der Hotline zwischen 1000 und 1300 Kartennummern telefonisch und per E-Mail herausgegeben.

Per 1. Januar 2017 wird das elektronische Patientendossier eingeführt. Spitäler und Pflegeheime müssen in einer Übergangsfrist von drei respektive fünf Jahren ein elektronisches Patientendossier anbieten können. Im Gegensatz dazu ist für ambulante Leistungserbringer und für Patienten die Eröffnung des elektronischen Patientendossiers freiwillig. Gemäss Art. 42a KVG kann die Versichertenkarte als Identifikationsmittel verwendet werden. Dafür wird sich die SASIS AG einsetzen und die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen.

Die Web-Applikation www.vvk-online.ch zur Abfrage der Versicherungsdeckung steht bereits bei über 3000 medizinischen Leistungserbringern im Einsatz. Zusätzlich bestehen branchenspezifische Abfragedienste mit 60 Partnern und Providern.

Die Branchenlösung Zentrale Meldestelle für Versichererwechsel (ZMV) für die elektronischen Meldungen des Nachversicherers wird aktuell von 24 Versicherern mit einem Bestand von 6,2 Millionen Versicherten benutzt.

Das Zahlstellenregister

Das Zahlstellenregister (ZSR) dient den Schweizer Krankenversicherern als offizielles «Kreditoren»-Verzeichnis zur Erfassung und Bearbeitung von Rechnungen der medizinischen Leistungserbringer. Es umfasst über 80 000 aktive Zahlstellen und über 16 000 Kontrollnummern für Angestellte mit Nachweis der Qualifikationen. Der Abdeckungsgrad des ZSR-Einsatzes bei den Versicherern liegt, gemessen am Versichertenbestand, bei 99 Prozent.

Die Anwendung Leistungsaufträge der Kantone an die Spitäler (LEA) der manuellen und elektronischen Prüfung von DRG-Rechnungen wurde ausgebaut und hat bereits einen erfreulichen Stand erreicht. Die Informationen werden via SASIS-Webportal und elektronische Schnittstellen zur Verfügung gestellt.

Das Zentrale Vertragsregister

Das Zentrale Vertragsregister der Schweizer Krankenversicherer (ZVR) dient als Nachschlagewerk der aktuellen Tarifverträge und Vertragsinformationen für den Leistungseinkauf und die Rechnungskontrolle beim Krankenversicherer. Insgesamt werden im ZVR über 11 000 Verträge von *santésuisse*, *tarifsuisse ag* und Mandanten verwaltet.

Die Ausweitung der digitalen Geschäftsfallabwicklung mit den Leistungserbringern des schweizerischen Gesundheitswesens ist für die Krankenversicherer ein wichtiges strategisches Ziel. Im Rahmen des Branchenprojekts eKARUS wurde deshalb erfolgreich ein Prototyp des geplanten SHIP-Standards erstellt. Dieser wird nun in einem produktiven Pilotbetrieb im Sinn eines fachlichen Proof of Concepts bis Ende 2017 zu einer finalen Version weiterentwickelt. Informationen finden sich auf www.ekarus.ch.

Datenpool und Tarifpool

Der Datenpool beinhaltet Leistungs- und Prämienabrechnungen, welche laufend statistisch aufbereitet werden. Damit stehen den Versicherern und der interessierten Öffentlichkeit periodisch aktuelle Daten zum Trend der Kostenentwicklung zur Verfügung. Durch die 100-Prozent-Abdeckung und die stetige Verbesserung der gelieferten Daten wird auch in diesem Bereich die Datenqualität laufend gesteigert.

Der Tarifpool der SASIS AG ist eine Ergänzung zum Datenpool, mit detaillierten Zahlen zu den einzelnen medizinischen Leistungsanbietern pro Tarifposition. Damit liefert der Tarifpool nicht nur wichtige Grundlagen für die Kontrolle und Weiterentwicklung der Tarife, sondern es lässt sich auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer besser überprüfen und damit die Kostenkontrolle effizienter durchführen. Im vergangenen Jahr konnte der Tarifpool um weitere Tarife erweitert werden und ergibt eine Abdeckung von rund 88 Prozent im Vergleich zu den Leistungen des Datenpools. Auch dies trägt zu einer besseren Qualität der Gesamtdaten bei.

Der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) bietet umfassende Dienstleistungen für die ambulante und stationäre Behandlung von kostspieligen, schwierigen Untersuchungen oder Behandlungen an. Aktuell profitieren 46 Versicherer von diesem Angebot als Vollmitglieder des SVK. Daneben werden auch Patienten der Militärversicherung sowie der gemeinsamen Einrichtung KVG betreut.



53 389

Fälle

285 102

Rechnungen

642 Mio.

Gesamtkosten
in Franken

35

Mitarbeitende

SPEZIALISIERTE DIENSTLEISTUNGEN FÜR KRANKENVERSICHERER UND PATIENTEN

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SVK klären zunächst für die angeschlossenen Mitglieder und Kunden ab, ob die Voraussetzungen gemäss den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben betreffend der Leistungserbringer erfüllt sind und sie den dafür nötigen qualitativen Anforderungen entsprechen. Zusätzlich stellen sie sicher, dass Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (WZW-Kriterien) der vorgeschlagenen Behandlungen, Medikamente und Geräte gewährleistet sind. Werden alle diese Bedingungen erfüllt, erteilen sie eine Kostengutsprache, überprüfen die eingehenden Rechnungen und leiten sie nach erfolgter Beurteilung zur Zahlung an die Versicherer weiter. Bei nicht korrekter Abrechnung/Verrechnung werden die Rechnungen beanstandet und an den Leistungserbringer zurückgewiesen.

Damit die WZW-Kriterien greifen, die Patienten eine möglichst effiziente Behandlung erhalten und Synergien optimal genutzt werden, erarbeitet der SVK zusammen mit den Partnern gesamtschweizerisch anwendbare Verträge und Tarife, die laufend überprüft und angepasst werden. Qualität und Datenschutz sind dabei zentral und von hoher Bedeutung.

Heimdialysen nehmen zu

Seit 1963 bearbeitet der SVK alle Vorgänge rund um die Nierenersatzverfahren. Er ist zusammen mit H+ (Spitäler der Schweiz) sowie den Industriepartnern verantwortlich für Inhalt und Umsetzung der nationalen Verträge und deren Genehmigung durch den Bundesrat. Mittlerweile betreut der SVK rund 5000 Patientendossiers mit 380 Millionen Franken an jährlich bezogenen Leistungen. Der Anteil der kostengünstigeren Heimdialysen konnte durch die Verträge auf rund 27 Prozent gesteigert werden.

Transplantationen: Anstieg der Spenderzahlen

Seit den 1970er-Jahren erledigt der SVK die administrativen Abläufe und notwendigen Prozesse rund um Transplantationen. Er deckt sowohl den Bereich der sogenannten soliden Organe für Spender und Empfänger ab als auch denjenigen der Stammzellen. Das Jahr 2016 war ein Jahr mit tieferem Spenderaufkommen und mehr Patienten auf der Warteliste. Spenderzahlen sind üblicherweise starken Schwankungen unterworfen, und in den letzten Jahren ging der Trend nicht zuletzt dank dem grossen Einsatz der Spitäler und unseren Partnern klar aufwärts. Die Transplantationsverträge wurden inhaltlich überarbeitet und sollen 2017 mit Inkrafttreten ihre Gültigkeit erlangen.

Mehr Patienten mit künstlicher Ernährung zu Hause

Im Bereich der künstlichen Ernährung prüft und erteilt der SVK für die ihm angeschlossenen Krankenversicherer und Kunden die Kostengutsprachen und übernimmt den administrativen Ablauf. Zurzeit betreut der SVK gesamtschweizerisch insgesamt 13701 aktive Patienten im Rahmen der Verträge über die künstliche Ernährung zu Hause. Auch 2016 gab es eine weitere Zunahme der aktiven Patienten. Dies ist nach wie vor auf die 2012 eingeführte Änderung Anhang 1 KLV zurückzuführen.

Höhere Lebensqualität dank Beatmung

Im Bereich der mechanischen Heimventilation betreut der SVK gesamtschweizerisch 4055 aktive Patienten. Für die angeschlossenen Mitglieder und Kunden prüft der SVK die Kostengutsprache, übernimmt den administrativen Ablauf und finanziert die Geräte.

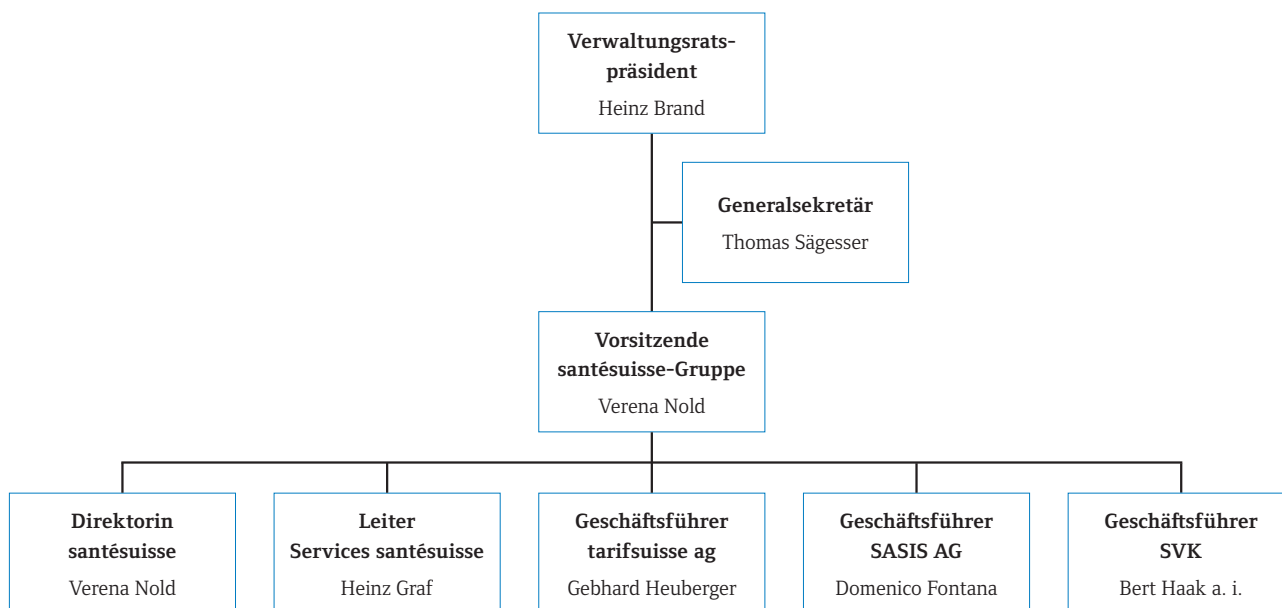
Ziel der mechanischen Atemunterstützung zu Hause ist, die Lebensqualität des Patienten zu verbessern, die Anzahl und Dauer von Spitalaufenthalten zu reduzieren und dadurch auch Gesundheitskosten zu sparen. Bei gravierenden Fällen ersetzt die Maschine die Lungenfunktion komplett und stellt so das Überleben der Patienten sicher.

Medikamente für die Patienten

Markante Zunahmen an Patienten und Kosten prägen das Jahr 2016. Der SVK konzentriert sich auf die Krankheiten Multiple Sklerose, Psoriasis und Hämophilie. Ein weiterer Bereich, der den Vertrauensarzt und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bereichs Medikamente täglich beschäftigt, sind die sogenannten «Off Label»-Medikamente. Der SVK entlastet hier seine Mitglieder von komplexen administrativen Vorgängen und stellt für die Industrie einen wichtigen Datenlieferanten dar. Der Vertrauensarzt klärt mit den Fachgesellschaften ab, unter welchen Bedingungen das vorgesehene Medikament im vorliegenden Fall sinnvoll eingesetzt werden kann. Stimmen die angefragten Spezialisten einer Therapie zu, folgen Verhandlungen mit der herstellenden Pharmafirma über Preis und weitere Bedingungen.

Organisation

Stand 1. März 2017



VERWALTUNGSRAT

Präsident 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 Cédres 5, 1920 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

Urs Roth, Visana Services AG,
Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15

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

Dr. Michael Willer, Sympany,
Peter-Merian-Weg 4, 4002 Basel (ab 26.4.2017)

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

GRUPPENLEITUNG

Verena Nold, Direktorin santésuisse,
Vorsitzende der Gruppenleitung

Heinz Graf, Leiter Services santésuisse

Gebhard Heuberger, Geschäftsführer tarifsuisse ag

Domenico Fontana, Geschäftsführer SASIS AG

Bert Haak, Geschäftsführer a. i. SVK

GENERALSEKRETÄR

Dr. Thomas Sägesser

Hauptsitze

santésuisse –

Die Schweizer Krankenversicherer

Römerstrasse 20, Postfach 1561,
4502 Solothurn
Tel. + 41 32 625 41 41
Fax + 41 32 625 41 51
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
Fax +41 32 625 42 10
info@sasis.ch
www.sasis.ch

SVK

**Schweizerischer Verband
für Gemeinschaftsaufgaben
der Krankenversicherer**

Muttenstrasse 3, 4502 Solothurn
Tel. +41 32 626 57 47
Fax +41 32 626 57 30
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
Telefax + 41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Konzept/Design/Realisation

Linkgroup AG, Zürich
www.linkgroup.ch

Druck

Druckerei Herzog AG
Gewerbstrasse 3
4513 Langendorf

santésuisse –
Die Schweizer Krankenversicherer