

2018

Geschäftsbericht

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

Das Jahr 2018 in Kürze

Januar

UNVERHÄLTNISSMÄSSIGE VERMITTLERPROVISIONEN VERHINDERN

Die Gesundheitskommission des Ständerates (SGK-SR) unterstützt die Bestrebungen der Krankenversicherer, unverhältnismässig hohen Vermittlerprovisionen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) einen Riegel zu schieben. Allerdings fehlt die Begrenzung bei den Zusatzversicherungen.

Februar

FMCH UND SANTÉSUISSE EINIGEN SICH AUF AMBULANTE PAUSCHALTARIFE

santésuisse hat mit dem Verband der invasiv und chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte (FMCH) den Vertrag über einen ambulanten Pauschaltarif unterzeichnet.

März

ERSTE ERFAHRUNGEN MIT «AMBULANT VOR STATIONÄR»

Nach sechs Monaten Erfahrung mit seiner verbindlichen Liste von ambulant durchzuführenden Eingriffen meldet der Kanton Luzern tiefere Kosten. santésuisse warnt vor voreiligen Schlüssen. Die Verlagerung erhöht die Belastung für die Prämienzahler.

April

UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE EINHEITLICHE FINANZIERUNG

Die Gesundheitskommission des Nationalrates (SGK-NR) will die Kantone in die Pflicht nehmen, sich künftig an allen krankenversicherten Kosten anteilmässig zu beteiligen. Sie beschliesst eine entsprechende Vernehmlassung.

Mai

KRITIK AN BUNDES-RÄTLICHEM VORSCHLAG ZUR ZULASSUNGS-STEUERUNG FÜR ÄRZTE

santésuisse kritisiert die Botschaft des Bundesrates zur Steuerung der Ärztezulassung als unwirksam. Dringend notwendig sind klare Rahmenbedingungen des Bundes, um eine Über- oder Fehlversorgung zulasten des KVG zu unterbinden.

Juni

NATIONALRAT MIT WEGWEISENDER WEICHENSTELLUNG ZUR QUALITÄT

Der Nationalrat beschliesst mit grosser Mehrheit eine griffige Qualitätsvorlage. santésuisse begrüsst diesen wegweisenden Entscheid.

Juli

GEDÄMPFTES WACHSTUM DER GESUNDHEITSKOSTEN

Der Anstieg der Gesundheitskosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wurde 2017 im Vergleich zu 2016 etwas gedämpft. Das Wachstum der Bruttoleistungen liegt unter dem langjährigen Schnitt von 3,2 Prozent.

August

RECHNUNGSPRÜFUNGEN VERHINDERN PRÄMIEN-ERHÖHUNGEN VON MEHR ALS 10 PROZENT

Die Rechnungsprüfung durch die Krankenversicherer erspart den Prämienzahlerinnen und -zahlern in der obligatorischen Krankenversicherung Kosten in der Höhe von 3 Milliarden Franken. Zu diesem Ergebnis kommt eine vom Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB) durchgeführte Erhebung.

September

GEDÄMPFTER ANSTIEG DER GESUNDHEITSKOSTEN

2017 sind die Gesundheitskosten pro Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit einem Anstieg von 1,7 Prozent unter dem langjährigen Schnitt geblieben. santésuisse mahnt, dass es jetzt konkrete Massnahmen brauche, um die Prämienentwicklung langfristig zu dämpfen.

Oktober

WIRKSAME UMSETZUNG DER ZULASSUNGS-BEGRENZUNG

santésuisse begrüsst die Entscheide 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 zu grossen Teilen 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 Jahr 2018 fiel in einem Punkt aus dem gewohnten Rahmen: Statt im langjährigen Wachstumspfad von 3 bis 4 Prozent zu verharren, fiel der Kostenanstieg in den Bereich von rund 1 Prozent. Angesichts stagnierender Einkommen ist dies eine äusserst willkommene Nachricht für die Prämienzahlerinnen und -zahler. Wie nachhaltig die Kostendämpfung ist, wird sich erst später zeigen. santésuisse hat denn auch alle Akteure eindringlich dazu aufgerufen, mit den

Anstrengungen zur Kostendämpfung nicht nachzulassen.

Die gesundheitspolitischen Schwerpunkte von santésuisse lagen in den Themenbereichen der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, der Pflegefinanzierung, der Medikamentenpreise und der optimalen Versorgung. Besondere Aufmerksamkeit hat santésuisse dem Thema der Qualität geschenkt. Nach Jahren ohne griffige gesetzliche Grundlage ist eine Lösung längst überfällig. Leistungserbringer müssen sanktioniert werden können, wenn sie die ihnen vom Gesetz zugedachten Qualitätsaufgaben nicht wahrnehmen wollen.

Die santésuisse-Gruppe behauptete sich erfolgreich in einem kompetitiven Umfeld. Ihren Verbandsmitgliedern und Kunden stellen die Gruppenunternehmen santésuisse, tarifsuisse ag, SASIS AG und der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) qualitativ hochstehende Dienstleistungen und Produkte zur Verfügung.

Ich danke den Verwaltungsräten, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von santésuisse und ihrer 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.

Qualitätskonzepte flächendeckend durchsetzen

Nur wenn die Ergebnisqualität von medizinischen Eingriffen der einzelnen Ärzte und Spitäler bekannt und vergleichbar ist, hat der Patient eine echte Wahl. Zentrale Voraussetzung für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb sind Indikatoren und Messdaten zu den Behandlungsergebnissen – flächendeckend, vergleichbar und transparent. Den Leistungserbringern obliegt gemäss Gesetz und Verordnung die Verantwortung, die Qualitätssicherung administrativ zu organisieren und die nötigen Anreiz- und Kontrollsysteme zu schaffen – unter zwingender Mitwirkung der Krankenversicherer.

In ihrer 2018 aktualisierten Qualitätsstrategie für das Gesundheitswesen bekräftigt santésuisse denn auch, dass die Krankenversicherer eine aktive Rolle in der Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes einnehmen wollen. Vor allem im ambulanten Bereich ist es wegen fehlender Sanktionsmöglichkeiten bisher nicht gelungen, die gesetzlich geforderten Qualitätsprogramme standardmässig einzuführen. Dem wollte der Nationalrat ein Ende bereiten, indem er die Voraussetzungen schuf, um endlich flächendeckende Qualitätssicherungsmaßnahmen durchsetzen zu können. Der Ständerat verfolgte ursprünglich eine Lösung, deren Wirkung einseitig auf Qualitätsverträgen der Tarifpartner basieren würde. Im März 2019 schwenkte er auf die Linie des Nationalrates um. Damit stehen die Zeichen gut, dass der heutige unbefriedigende Zustand ein Ende findet.

Nachfolgeregelung zum Ärztestopp wird konkretisiert

santésuisse weist schon seit langem darauf hin, dass Zulassungsstopps für Ärzte in der bisherigen Form weitgehend unwirksam sind. Umso mehr gilt es bei der Ausarbeitung einer dauerhaften Zulassungssteuerung wenigstens die Finanzierungsströme nach-

haltiger zu regeln. Am 12. Dezember 2018 nahm der Nationalrat mit grosser Mehrheit eine ausgewogene Vorlage zur Zulassungssteuerung an.

Die Kantone sollen eine finanzielle Verantwortung für die Folgekosten ihrer Entscheide übernehmen müssen. Es ist deshalb folgerichtig, dass der Nationalrat die Inkraftsetzung der bundesrätlichen Vorlage zur Zulassungssteuerung mit der Inkraftsetzung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) verbunden hat. Halten sich die Kantone nicht an die vorgegebenen Obergrenzen bei der Ärztedichte oder sind diese nicht im Sinne des Gesetzgebers definiert, sollen die Krankenversicherer vor Gericht beschwerdeberechtigt sein. Weiter sollen die Kantone die Zulassungssteuerung optional auch mit einer Lockerung des Vertragszwangs durchführen können, wenn Überversorgung herrscht. Wie auch der Bundesrat regelmässig betont, sind rund 20 Prozent der medizinischen Leistungen überflüssig; das heisst aber auch, dass sie mit finanziellen und anderen Belastungen verbunden sind, ohne dass sie einen Mehrwert für die Patienten haben.

Anpassungen bei den Finanzierungsströmen

Der Trend zur Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich aufgrund des medizinischen Fortschritts hält seit längerem an. Nachdem 2018 einzelne Kantone begonnen haben, mit verbindlichen Operationslisten die Spitäler zu ambulanten Eingriffen zu verpflichten, intensivierte sich die Auseinandersetzung über die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Gemäss den Berechnungen von santésuisse würde der von den Kantonen zu tragende Anteil rund einen Viertel ausmachen.

Einbezug der Pflegefinanzierung in EFAS nicht opportun

Im Rahmen der 2011 neu konzipierten Pflegefinanzierung wurden die Rahmentarife für die Kostenbeteiligung der OKP limitiert. Die Differenzen zu den tatsächlichen Pflegekosten einer Person wurden dem zuständigen Kanton als Restfinanzierer zugewiesen. Dennoch bewahrt die neue Pflegefinanzierung die Krankenversicherer nicht vor Mehrkosten. So sind die Beiträge der Versicherer an die Pflege in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Diese Entwicklung gründet in erster Linie auf einem Mengenwachstum, das sich aufgrund der demografischen Entwicklung ergeben hat. Die Deckelung der Beiträge an die Pflegekosten sorgt aber immerhin dafür, dass die Belastung für die Prämienzahler in einem Rahmen bleibt, der noch einigermaßen tragbar ist. Für Menschen, die Pflege in Anspruch nehmen müssen, darf die Belastung ebenfalls nicht weiter steigen. Dementsprechend sind wie vom Gesetzgeber vorgesehen auch in Zukunft Kantone und Gemeinde gefordert, die Restfinanzierung zu tragen. Somit ist weder der Einbezug der Pflegefinanzierung in EFAS noch ein Paradigmenwechsel bei der Pflegefinanzierung, der die Aufhebung der Obergrenzen für die Pflegebeiträge zum Ziel hätte, opportun.

«
Die Kantone sollen eine
finanzielle Verantwortung für
die Folgekosten ihrer Entscheide
übernehmen müssen.
»

Ja zu Kostendämpfungsmassnahmen des Bundesrates

Gestützt auf einen internationalen Expertenbericht mit 38 Massnahmen zur Kostendämpfung gab der Bundesrat ein erstes Paket in die Vernehmlassung. santésuisse unterstützte dieses weitgehend. Zum Paket gehört unter anderem die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Zustellung einer Rechenkopie an die Patienten. Damit würde eine Lücke bei der Rechnungskontrolle geschlossen. santésuisse hat mit einer Erhebung nachgewiesen, dass dank den Rechnungskontrollen der Krankenversicherer jedes Jahr zu Unrecht in Rechnung gestellte Leistungen in der Höhe von über 3 Milliarden Franken entdeckt und die Rechnungen zurückgewiesen werden.

Eine staatliche Rechnungskontrollbehörde, wie sie der Expertenbericht als Option vorsieht, lehnt santésuisse ab. Die Rechnungskontrolle gehört zur Kernaufgabe der Krankenversicherer und sie ist wettbewerbsrelevant. Die Rechnungskontrolle soll grundsätzlich dort erfolgen, wo die Rechnungen auch bezahlt werden. Die Zeichen der Verwaltung deuten darauf hin, dass die Botschaft von Bundesbern gehört worden ist. Von santésuisse unterstützt wird auch das Beschwerderecht gegen Planungsentscheide der Kantone. Es sieht vor, dass die Krankenversichererverbände gegen Entscheide der Kantone bezüglich der Zuteilung von Leistungsaufträgen (Spitalliste, Pflegeheimliste) juristisch vorgehen können sollen. Die neue Möglichkeit hält die Kantone an, bei ihren Planungsentscheiden dem Gebot der Wirtschaftlichkeit vermehrt Beachtung zu schenken.

Neben der Spital- und Pflegeheimliste besteht auch bei der Spezialitätenliste der Medikamente, die vom BAG erstellt wird, dringender Handlungsbedarf. Auch hier fehlt den Versicherern ein Rechtsmittel, um die Verfügungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und damit die Preise, anfechten zu können. santésuisse fordert daher, dass die Versicherer ebenfalls bei Entscheidungen betreffend die Spezialitätenliste zur Beschwerde legitimiert werden.

Ja zum Referenzpreissystem für patentabgelaufene Medikamente

Generika sind in der Schweiz im Vergleich mit dem 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.

santésuisse für höhere Mindestfranchise

Zusätzlich zur Koppelung der Franchisen an die Kostenentwicklung sollen die Mindestfranchise von heute 300 auf 500 Franken erhöht werden. Eine Forderung, die santésuisse unterstützt. Mit dieser Massnahme liessen sich die Krankenversicherungsprämien jährlich um mindestens 430 Millionen Franken senken, was einer Reduktion von rund 1,7 Prozentpunkten entspricht. Versicherte in wirtschaftlich schwierigen Verhältnissen haben Anrecht auf eine individuelle Prämienverbilligung – die pro Jahr wesentlich höher ausfällt als die Franchise – und fallweise Anrecht auf Ergänzungslösungen und Hilflosenentschädigungen.

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.

Sind ambulante Eingriffe immer günstiger?

Die Verlagerung möglichst vieler operativer Eingriffe vom stationären in den ambulanten Bereich reduziert die Gesundheitskosten, so lautet die gängige Meinung. Je nach Quelle wurde die Spannweite der geschätzten Einsparungen zwischen 100 Millionen und – bei sehr optimistischen Annahmen – bis zu 1 Milliarde Franken beziffert. santésuisse hat 62 000 Einzelrechnungen analysiert und sich dabei auf 16 Eingriffe konzentriert, die vorwiegend ambulant durchgeführt werden können. Dabei ergab sich, dass die Verlagerung von stationär zu ambulant unser Gesundheitssystem pro Jahr mit insgesamt rund 100 Millionen Franken entlasten kann, wobei für die Krankenversicherer beziehungsweise Prämienzahlerinnen und -zahler gleichzeitig eine Zusatzbelastung von gegen 70 Millionen Franken entsteht.

Spitäler: weniger als zehn Versorgungsregionen genügen

santésuisse hat die Versorgungssituation im stationären Spitalbereich untersucht. Die Analyse zeigt, dass eine kantonsübergreifende Versorgungsplanung und -steuerung in weniger als zehn Versorgungsregionen sinnvoll wäre. Eine bessere Koordination des Angebots würde zu einer besseren Qualität, einem massiven Effizienzgewinn und Kosteneinsparungen in Millionenhöhe führen. santésuisse fordert deshalb auch Mindestfallzahlen für komplexe operative Eingriffe.

Punktuelle Senkung der Vergütungsbeträge medizinischer Hilfsmittel

2017 reichte santésuisse dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) Anträge zur Senkung der Höchstvergütungsbeträge (HVB) für die drei umsatzstarken Produktgruppen Inkontinenzprodukte und Katheter, Blutzuckermessstreifen und Miete von Beatmungsgeräten ein. santésuisse berechnete ein Einsparpotenzial von 34 Millionen Franken im Vergleich zu den Preisen im Ausland. In der Folge verfügte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Senkungen der HVB in mehreren Schritten. Per 1. Juli 2018 wurde der HVB für Blutzuckermessstreifen um 10 Prozent gesenkt. Auf den 1. Januar 2019 wurden nach einem Auslandpreisvergleich die HVB für Inkontinenz und Stomamaterialien gesenkt. santésuisse rechnet mit Einsparungen von 7 Millionen Franken.

Weil ein Grossteil der in der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) gelisteten Höchstvergütungspreise nicht mehr marktgerecht ist, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) seit 2015 den Auftrag, die MiGeL einer umfassenden Revision zu unterziehen. santésuisse erhofft sich von der Revision eine marktgerechte und wirtschaftliche Vergütung der Medizinalprodukte – zur Entlastung der Prämienzahlenden. Die Produkte sind regelmässig auf die Erfüllung der WZW-Kriterien zu überprüfen, die Preise, falls notwendig, zeitnah zu senken. Wichtig ist, dass die Revision rasch zu einem Abschluss kommt, damit die Resultate auch evaluiert werden können.

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.



120

Stellungnahmen,
Empfehlungen und
Medienmitteilungen

6800

Blog-Leserinnen
und -Leser pro Monat

> 156 000

Tweet-Aufrufe deutsch/
französisch/italienisch

4000

Kurstage für
die Auszubildenden

IM DIENST VON KRANKENVERSICHERERN, ÖFFENTLICHKEIT UND PRÄMIENZAHLENDEN

Intensivierte Präsenz in den sozialen Medien

santésuisse hat 2018 die Kommunikation über die sozialen Medien intensiviert. Neben dem zweisprachigen Blog «Monsieur Santé» und «Madame Santé» wurden die drei Twitter-Kanäle in den Landessprachen Deutsch @santesuisse, Französisch @santesuisse_fr und Italienisch @santesuisse_it laufend zur Kommentierung gesundheitspolitischer Entwicklungen genutzt.

thema-Krankenversicherung.ch: die Informationsplattform für Versicherte

Das Portal www.thema-krankenversicherung.ch gibt den Versicherten Informationen rund um das Schweizer Gesundheitswesen und die Krankenversicherung. Die Versicherten werden laufend mit Facebook-Beiträgen über die Plattforminhalte informiert und zusätzlich über die Kommunikationskanäle der Krankenversicherer angesprochen.

spitalfinder.ch mit Daten zur Patientenzufriedenheit

Im Sinne der Qualitätsstrategie für das Gesundheitswesen betreibt santésuisse seit drei Jahren die Vergleichsplattform www.spitalfinder.ch. Im Spitalfinder können sowohl Akutspitäler als auch Psychatrien und Rehabilitationskliniken miteinander verglichen werden. Die Plattform wird laufend aktualisiert und ist damit das zuverlässigste Vergleichsportal in diesem Bereich. Neu beinhaltet der Spitalfinder auch die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsumfrage von 2016 in Akutspitälern und von 2017 in Rehabilitationskliniken.

Branchenregelung zu Abschlussprovisionen

Ende 2017 hat sich der Verwaltungsrat von santésuisse dafür ausgesprochen, dass rasch eine für die ganze Branche verbindliche Vereinbarung über die Kundenwerbung angestrebt werden soll.

Die in der Folge von den Krankenversicherern erarbeitete Branchenlösung sieht für alle Versicherer geltende Qualitätsstandards für die Vermittler und Makler vor. Telefonanrufe zur Kundenwerbung ohne vorherige Zustimmung der angerufenen Person sollen nicht mehr erlaubt sein. Die Provisionen für Vermittler und Makler sollen sowohl im Bereich der Grund- als auch für Zusatzversicherungen begrenzt werden. Die Krankenversicherer schlugen weiter hohe Bussen vor, die von vornherein Verstösse verhindern sollen.

Der Ständerat unterstützte den Vorschlag der Gesamtbranche für eine allgemeinverbindliche Regelung für die Vermittlertätigkeit und Provisionen. Allerdings wollte er wegen der Vorbehalte der Wettbewerbskommission und der Finma die Provisionen im

Zusatzversicherungsbereich nicht begrenzen. In der Vorbereitung für den Zweitrat ging im Februar 2019 die nationalrätliche Gesundheitskommission (SGK-NR) weiter als der ständerätliche Vorschlag, indem die Provisionen auch für die Zusatzversicherungen begrenzt werden sollen.

Umfassendes 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 hat 2018 den Auszubildenden in rund 4000 Kurs-tagen ein umfassendes Bildungsangebot vermittelt. 90 neue Lernende haben die kaufmännische Grundbildung begonnen. 60 Teilnehmer begannen den Lehrgang Berufsprüfung. 42 Absolventen schlossen erfolgreich die Weiterbildung als Krankenversicherungsfachleute ab. Spezifische Bedürfnisse werden durch Spezialkurse, zum Beispiel Medizinkurse oder solche zur Taggeld-, Unfall- oder Invalidenversicherung abgedeckt.

In den Basiskursen werden die Teilnehmenden neu mittels E-Books auf die Kurse vorbereitet. Eine den Lernenden zur Verfügung gestellte E-Learning-App wurde mittlerweile zu 100 Prozent von den Lernenden genutzt. 96 Prozent aller User waren täglich aktiv auf der App.

santésuisse präsentierte sich gemeinsam mit sechs Krankenversicherern an der Berufsmesse in Zürich. Im Auftrag der Krankenversicherer wurde Werbung für die Krankenversicherungsbranche betrieben und die Betriebe konnten ihre Lehrstellen bewerben. Ebenfalls auf grosses Interesse stiess die Präsenz von santésuisse am gemeinsamen Messeauftritt der Schweizerischen Konferenz der kaufmännischen Ausbildungs- und Prüfungsbranchen (SKKAB) für den Beruf Kauffrau/Kaufmann EFZ an den «SwissSkills» in Bern.

Im Hinblick auf die neue Ausrichtung der kaufmännischen Berufsbildung «Kaufleute 2022» wurde eine Berufsbildanalyse durchgeführt und ein branchenspezifisches Tätigkeitsprofil mit den Zukunftskompetenzen erarbeitet. Konkret geht es um die Frage wie sich das Berufsfeld für Kaufleute mit der Digitalisierung verändert und welche Kompetenzen in Zukunft gefragt sind.

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

60

Prozent Markt-
anteil im
Tarifverhand-
lungs-Bereich

1,3

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

65

Mitarbeitende
(entsprechend
53,6
Vollzeitstellen)

OPTIMALE PREISE FÜR GUTE QUALITÄT – TIEFERE PRÄMIEN DANK KONSEQUENTEN TARIFVERHANDLUNGEN UND WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNGEN

Als grösste Einkaufsorganisation für Gesundheitsdienstleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steht tarifsuisse ag 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, als zentraler Beitrag zur Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen. Weitere Standbeine der tarifsuisse ag sind die Bereiche Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Tarifcontrolling. Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung geht es darum, Leistungserbringer zu erkennen, die nicht nachvollziehbar hohe Kosten verursachen und diese auch nicht begründen können. Beim Tarifcontrolling wiederum wird mithilfe verschiedener Methoden die korrekte Tarifierung der Leistungserbringer überprüft und durchgesetzt.

Taxpunktwerte im Visier

Das Berichtsjahr war geprägt von intensiven Taxpunktwert-Verhandlungen im ambulanten Bereich. So haben die Ärztesellschaften mehrerer Kantone ihre Taxpunktwertverträge gekündigt und Neuverhandlungen gefordert; die Ärzteschaft verlangt höhere Abgeltungen für ihre Leistungen. Ein Anliegen, das nicht zuletzt auf den einschneidenden Eingriff des Bundesrates in den ambulanten Arzttarif TARMED zurückzuführen ist. In Kraft seit Anfang 2018, hatte diese längst fällige Tarifierung bei einigen Leistungserbringern signifikante Umsatzeinbussen zur Folge, die nun mit höheren Taxpunktwerten wettgemacht werden sollen. Die diesbezüglichen Verhandlungen gestalten sich schwierig. Bis sich die Vertragspartner auf neue Taxpunktwerte einigen können, gelten die von den jeweiligen Kantonsregierungen verfügbaren Festsetzungstarife.

Stationäre Spitaltarife: sinkende «Baserates»

Im stationären Bereich verhandelt tarifsuisse ag die von den Spitälern und Kliniken verrechenbaren Basispreise. Generell lässt sich sagen, dass diese seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 dank zielführenden Interventionen seitens tarifsuisse ag kontinuierlich gesunken sind. Allerdings gestalten sich auch die Verhandlungen immer schwieriger, weil die Spitäler ihrerseits unter starkem finanziellem Druck stehen und der Spielraum nach unten oft nur noch gering ist. Regierungsrätliche Festsetzungsbeschlüsse sind deshalb auch bei den «Baserates» nicht selten. Dass Einigungen dennoch möglich sind, zeigt sich am Beispiel des Kinderspitals Zürich, wo sich die Tarifpartner 2018 – nach jahrelangen Verhandlungen – auf eine Basisrate für die Jahre 2012 bis 2020 einigen konnten.

Rückzahlungsforderungen an Pflegeheime

Seit Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung dürfen die Kosten für Materialien, die von Fachpersonen im Rahmen der Pflege verwendet werden, den Krankenversicherern nicht mehr zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Ein Fakt, der 2017 durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts bestätigt wurde. Dementsprechend hat tarifsuisse ag im Auftrag mehrerer Krankenversicherer im Berichtsjahr gegenüber rund 1300 Pflegeheimen Rückerstattungsforderungen in der Höhe von gut 57 Millionen Franken geltend gemacht und gegen die Institutionen vorsorglich rechtliche Schritte eingeleitet.

Wirtschaftlichkeitsprüfung: Einigung mit der FMH über Methodenvertrag

Im Rahmen der von tarifsuisse ag im Auftrag von santésuisse bei den Ärzten durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung wurden für das Statistikjahr 2016 über 100 Eingaben für die Rückzahlung überhöhter Arzthonorare in der Form von Vergleichen mit Ärzten sowie Schiedsgerichtsklagen eingereicht.

Nachdem die Krankenversicherer dem neuen Methodenvertrag nach Artikel 56 Abs. 6 KVG zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Ärzte zugestimmt hatten, gab auch die FMH grünes Licht. Die Vertragspartner einigten sich darauf, neben den bestehenden Kriterien Alter und Geschlecht der Patienten sowie Standortkanton des Arztes zusätzliche Faktoren zu berücksichtigen, welche insbesondere die Morbidität der Patienten weitergehend abbilden. Die neue statistische Screening-Methode soll Leistungserbringer mit statistisch auffälligen, hohen Kosten spezifischer identifizieren.

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

13 000

Tarifverträge

11 Mio.

Versichertenkarten
(KVG & VVG) im Einsatz

> 30 000

entgegengenommene
Telefonanrufe

DER INNOVATIVE DATENLOGISTIKER FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN



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. Eine Herausforderung, der sich die SASIS AG seit zehn Jahren erfolgreich stellt. Mit Produkten und Dienstleistungen, die überwiegend von den Krankenversicherern und verwandten Organisationen genutzt werden. Und mit unverzichtbaren Branchenapplikationen wie dem Zahlstellenregister, dem Zentralen Vertragsregister, dem Daten- und Tarifpool, der Versichertenkarte sowie dem SHIP standard.

Weg frei für die virtuelle Versichertenkarte

Ein Schlüsselprojekt im Berichtsjahr war die Entwicklung einer virtuellen Ergänzung zur physischen Versichertenkarte. Ab 2019 wird es den Versicherten möglich sein, diese «Eintrittskarte» in das schweizerische Gesundheitssystem in einer App auf dem Smartphone zu hinterlegen. Dies entspricht dem Bedürfnis der stetig wachsenden Generation, die sich in der digitalen Welt zu Hause fühlt. Von der virtuellen Versichertenkarte – «approved by SASIS» – 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. Für Sommer 2019 sind mit ersten Versicherern Pilotprojekte geplant. In einer weiteren Phase wird darauf eine digitale Identität aufgebaut.

Interaktives Punkt-zu-Punkt-Meldesystem SHIP auf Erfolgskurs

Auf Kurs ist die SASIS AG auch mit dem Branchenprojekt SHIP, welches den bis dato aufwendigen manuellen – und fehleranfälligen – Datentransfer zwischen Spitälern und Kostenträgern digital transformiert und dadurch den sichereren und standardisierten Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern gewährleistet. Herzstück dieses digitalen Datenaustausches ist der offene, einheitliche Kommunikationsstandard SHIP (Swiss Health Information Processing), dem sich in einer ersten Phase Spitäler, Versicherer und Kantone mit ihren bestehenden, individuellen Informatiksystemen anschliessen können. SHIP ist im Laufe des Berichtsjahres von namhaften Pilotpartnern intensiv getestet worden – mit Erfolg.

Ab Frühjahr 2019 ist der SHIP-Betrieb produktiv im Einsatz und steht allen interessierten Spitälern, Krankenversicherern und kantonalen Verwaltungen zur Verfügung. Ab sofort können dank elektronischen Standardprozessen Behandlungsfälle eröffnet, Behandlungsinformationen ausgetauscht und sämtliche Fragen der Kostenübernahme abgeklärt werden. Die sichere Punkt-zu-Punkt-Datenübermittlung wird sich nicht alleine auf Anwendungen zwischen Spitälern und Krankenversicherern beschränken. Vielmehr sind mit SHIP die Voraussetzungen geschaffen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen effektiv und nachhaltig in die Tat umzusetzen – zugunsten einer massiven Effizienzsteigerung und verbunden mit einem Kosteneinsparpotenzial in Millionenhöhe.

Der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) bietet in seinen Bereichen umfassende Dienstleistungen für ambulante und stationäre Behandlungen an. Bis Ende 2018 waren 35 Krankenversicherer bzw. Institutionen Kunden des SVK. Daneben werden auch Patientendossiers von SUVA/Militärversicherung, der gemeinsamen Einrichtung KVG und von Invalidenversicherung / BSV betreut.



33

Mitarbeitende

35

Kunden – Versicherer
beziehungsweise Gruppen
und institutionelle Kunden

46 000

betreute
Kundendossiers

2018 NEU POSITIONIERT MIT NEUEM GESCHÄFTSMODELL

Im Jahr 2018 wurde der Wechsel des Geschäftsmodells mit der Fallfinanzierung durch Pauschalen vollzogen. Damit konnte die Ertragskraft gestärkt werden. Weiter ermöglicht das Finanzierungsmodell die flexible Anpassung der Ressourcen an steigende Fallvolumen. Der Kundenstamm von 35 Krankenversicherern bzw. Institutionen konnte mit mehrjährigen Verträgen stabilisiert werden. Im November 2018 wurde der SVK als Datenannahmestelle nach KVV Art. 59a zertifiziert. Damit wurden die Voraussetzungen geschaffen für die elektronische Rechnungsverarbeitung und Datenübermittlung, die ab 2019 umgesetzt wird.

Umfassende 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. Dazu prüft er eingehende Kostengutsprache gesuche, erteilt allfällige Kostengutsprachen, überwacht den Therapieverlauf, kontrolliert und visiert die eingehenden Rechnungen der Leistungserbringer, die anschliessend zur Zahlung an den Krankenversicherer weitergeleitet werden.

Der SVK führt mit den Leistungserbringern und Partnern die nötigen Verhandlungen, erstellt Berechnungen und vereinbart Tarife und Verträge gemäss KVG, welche anschliessend den Behörden zur Genehmigung eingereicht werden.

Starke Zunahme der künstlichen Ernährung

2018 war im Bereich der künstlichen Ernährung wiederum eine starke Zunahme der aktiven Patienten zu verzeichnen. Diese ist insbesondere auf den vermehrten Aufbau von spezialisierten Ernährungsteams in den Spitälern zurückzuführen. Eine ähnliche Entwicklung der Fallzahlen war bei der mechanischen Heimventilation zu verzeichnen.

Heimdialysen nehmen weiter zu

Seit 1963 bearbeitet der SVK alle Vorgänge rund um die Nierensatzverfahren. 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.

Anstieg der Spenderzahlen in der 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 der Genehmigung durch den Bundesrat der sogenannten soliden Organe für Spender und Empfänger wie auch denjenigen der Stammzellen.

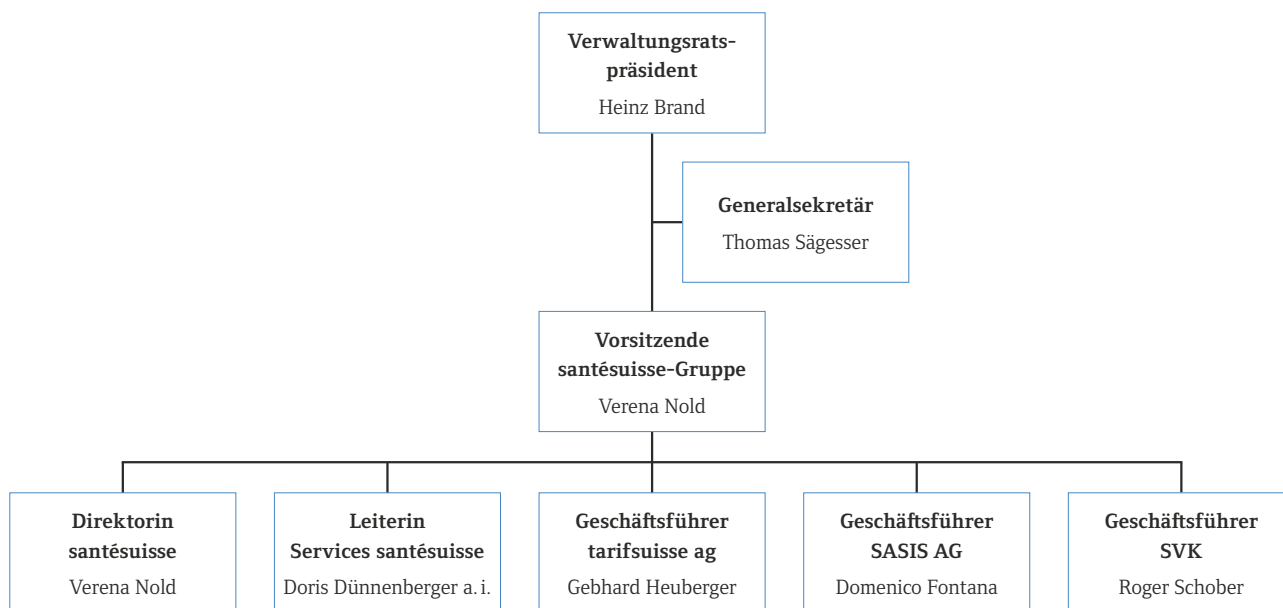
Die für die gesetzeskonforme Zuteilung der Organe an die Empfänger zuständige nationale Stiftung für Organspende und Transplantation (Swisstransplant) hat 2018 ein nationales Online-Organspenderregister eingerichtet. Von der erleichterten Registrierung als Organspender erwarten die Behörden einen Anstieg der Spenderzahlen.

Entwicklung neuer Angebote

Der SVK entwickelt für seine Kunden laufend neue Dienstleistungen. Der SVK konzentriert sich dabei auf Bereiche mit tiefen Fallzahlen und hohen Durchschnittskosten, die spezialisiertes Fachwissen erfordern und nur wenig standardisiert abgewickelt werden können. So wurde die Entwicklung von Angeboten für die administrative Abwicklung von Cochlea-Implantaten, für den Off-Label Use von Medikamenten nach KVV Art. 71a und neue Therapieformen im Bereich der personalisierten Medizin vorangetrieben. Der SVK ist damit in der Lage, im Rahmen von KVV Art. 71a die vertrauensärztliche Beurteilung zu übernehmen. Für die Krankenversicherer resultiert daraus eine operative Entlastung und eine höhere Sicherheit in der Einzelfallbeurteilung.

Organisation

Stand 1. März 2019



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 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

Valeria Trachsel, 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

Dr. Doris Dünnenberger, a. i., Leiterin Abteilung Services

Gebhard Heuberger, 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

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
Gewerbestrasse 3
4513 Langendorf

santésuisse –
Die Schweizer Krankenversicherer