

Geschäftsbericht

2020

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

Das Jahr 2020 in Kürze

Januar

Neue «Branchenvereinbarung Vermittler»

Die Krankenversicherer einigen sich auf eine neue, umfassende «Branchenvereinbarung Vermittler». Darin werden die Qualität der Beratung und die Entschädigung an die Vermittler in der Kundenwerbung verbindlich geregelt.

Februar

Ärztzulassung: Verpasste Chance für die Prämienzahler

Nachdem der Ständerat der Vorlage die Zähne gezogen hat, gibt auch die nationalrätliche Gesundheitskommission (SGK-NR) dem Druck der Ärzteschaft nach und verzichtet darauf, eine verbindliche Intervention der Kantone einzuführen, wenn die Kosten aus dem Ruder laufen.

März

Corona-Pandemie: Krankenversicherer unterstützen rasche und pragmatische Lösungen

Die Krankenversicherer tun alles dafür, ihre Aufgaben in der Notsituation der Corona-Pandemie zugunsten der Versicherten wahrzunehmen. Sie stellen sicher, dass Fragen rund um die Finanzierung von Leistungen auch während der Corona-Krise pragmatisch und rasch gelöst werden.

April

Reserven sichern die Krisenbewältigung

Die medizinische Betreuung der mit dem Coronavirus infizierten Patientinnen und Patienten fordert das Gesundheitssystem sehr stark. Die Reserven der Krankenversicherer garantieren die Finanzierung der Kosten, die im Zuge der Corona-Krise für Spitäler, Ärzte und Patienten anfallen – ohne dass aufgrund von Corona eine Prämienhöhung nötig wird.

Mai

Pflegeinitiative: Entscheid im Sinne der Prämienzahler statt teure Sonderlösung

Die Gesundheitskommission des Ständerats (SGK-SR) fällt einen Richtungsentscheid zum Gegenentwurf zur Pflegeinitiative: Wenn die Pflegenden ihre Leistungen selbstständig abrechnen wollen, brauchen sie eine Vereinbarung mit den Krankenversicherern.

Juni

Durchbruch beim ambulanten Arzttarif mit Pauschalen

santésuisse und die Gesellschaft der chirurgisch und invasiv tätigen Ärzte FMCH reichen beim Bundesrat ein Paket mit ambulanten Pauschalen zur Genehmigung ein. Der neue Tarif ist ein Durchbruch auf dem Weg zu einem deutlich vereinfachten und fairen Tarif im ambulanten Bereich, der die Kostenentwicklung langfristig dämpft.

Juli

Neuropsychologie: Tarifpartner einigen sich auf gemeinsame Tarifstruktur

Die Tarifpartnerschaft zwischen Leistungserbringern und Versicherern funktioniert. Die Tarifpartner reichen dem Bundesrat den Tarifvertrag zur Abgeltung diagnostischer Leistungen der Neuropsychologie zur Genehmigung ein.

August

Medikamenten-Auslandpreisvergleich: Überteuerte Generikapreise

Der elfte gemeinsame Auslandpreisvergleich von santésuisse und Interpharma, der die Fabrikabgabepreise von Medikamenten mit dem Ausland vergleicht, zeigt immer noch grosse Preisunterschiede. Am grössten sind die Preisdifferenzen bei Generika. Diese sind in der Schweiz fast doppelt so teuer wie in den Vergleichsländern.

September

Prämien 2021: Prämienanstieg bleibt aus

Dank der Reservensituation können die Krankenversicherer die Prämien für das Jahr 2021 knapp kalkulieren und eine Prämienhöhung infolge von Corona ausschliessen. Das hat zu einem lediglich moderaten Prämienanstieg von durchschnittlich 0,5 Prozent geführt.

Oktober

Kostendämpfung: Nationalrat vergisst die Prämienzahler

Der Nationalrat entscheidet sich gegen tiefere Kosten im Gesundheitswesen. Er lehnt billigere Generika, kostengünstigere Tarifverträge und eine Einspruchsmöglichkeit gegen ausufernde Spitallisten ab.

November

Finanzierung der Krankenversicherung sicherstellen

Die Höhe der Prämien ist für viele Versicherte bereits jetzt eine grosse Belastung. Damit die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig möglich bleibt, braucht es echte Reformen. Der 6. santésuisse-Novemberkongress beschäftigt sich mit aktuellen Reformvorschlägen. Im Zentrum stehen der Abbau von Fehlanreizen und die Verhinderung unnötiger und unwirksamer Behandlungen.

Dezember

Corona-Impfung: Rasche Einigung zwischen Krankenversicherern und Kantonen

Krankenversicherer, Kantone und Bund haben in konstruktiven Gesprächen eine Einigung gefunden, um den Zugang zu Corona-Impfungen rasch und kostenlos zu ermöglichen. Die Krankenversicherer tragen Kosten von rund 200 Millionen Franken.

Editorial

Die Krankenversicherer als Garanten für Stabilität – gerade in Krisenzeiten



Wir blicken auf ein denkwürdiges Jahr zurück. Fast exakt 100 Jahre nach der verheerenden «Spanischen Grippe» wurde die Welt von der Corona-Pandemie erfasst. Unvermittelt sah sich die Schweiz mit ihrem hochstehenden Gesundheitswesen rasch steigenden Infektionszahlen, schweren Krankheitsverläufen und leider auch zahlreichen Todesfällen konfrontiert. In den Spitälern mussten plötzlich Material- und Personalengpässe gemeistert werden. In dieser kritischen Phase haben die Krankenversicherer mit Nachdruck bewiesen, dass sie ihre systemrelevante Aufgabe jederzeit wahrnehmen können. Innert kürzester Zeit wurden die Schutzkonzepte angepasst und umgesetzt, der Betrieb von den Mitarbeitenden engagiert weitergeführt.

Schnell haben die Krankenversicherer situationsgerechte Lösungen für neue Tarifforderungen erarbeitet und umgesetzt. Die Leistungserbringer konnten sich darauf verlassen, dass Kostengutsprachen ohne Verzögerung bearbeitet wurden und die Vergütung ihrer Behandlungen noch schneller als in normalen Zeiten erfolgte. Darüber hinaus boten die Krankenversicherer Hand zu pragmatischen Lösungen. So konnten verschiedene Berufsgruppen ihre Leistungen verstärkt per Telefon und neu auch per Video erbringen und zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen. Die Prämienzahlerinnen und -zahler ihrerseits mussten keinen Prämien Schub befürchten wegen der nicht vorhersehbaren Kosten der Corona-Pandemie. Die dafür vorgesehenen Reserven der Krankenversicherer standen zur Deckung bereit.

In dieser ausserordentlichen Lage haben alle Unternehmen der santésuisse-Gruppe mit ihren Mitarbeitenden unter schwierigen Bedingungen einen wesentlichen Beitrag geleistet, damit unsere Gesundheitsversorgung weiterhin reibungslos funktionierte.

Ich danke den Verwaltungsräten, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von santésuisse und ihrer Gruppengesellschaften sowie den Mitarbeitenden der Krankenversicherer, die sich in Verbandsgremien engagieren, für ihren Beitrag und Einsatz zugunsten unseres Gesundheitswesens und der gesamten Bevölkerung.

*Heinz Brand
Verwaltungsratspräsident*

«santésuisse kämpft gegen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und steht für die Wahlfreiheit der Versicherten ein. Wir setzen uns für politische Rahmenbedingungen ein, die den unternehmerischen Handlungsspielraum unserer Mitglieder wahren.»

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.

Fahrlässige Reserven-Abbaupläne des Bundesrates

Im Herbst 2020 gab der Bundesrat seine Absicht bekannt, mit einer Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) den Abbau der Reserven der Krankenversicherer bis auf das gesetzliche Minimum zuzulassen. santésuisse lehnt diesen Vorschlag entschieden ab. Bisher liess das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einen solchen Abbau nur dann zu, wenn sichergestellt war, dass die Reserven auch nach dem Abbau 50 Prozent über dem gesetzlichen Minimum liegen. Dies, um Prämien-schwankungen zu minimieren und Insolvenzen von Versicherern zu verhindern. Würden hingegen alle Krankenversicherer ihre Reserven auf das gesetzliche Minimum abbauen, würde alle drei bis vier Jahre ein Krankenversicherer zahlungsunfähig. Zusätzlich zu den Plänen des Bundesrates wollen mehrere Kantone mit Standesinitiativen und verschiedene Parlamentarier die vermeintlich zu hohen Reserven der Krankenversicherer abbauen und auch in die Prämienfestsetzung eingreifen. Mit ihren Plänen nehmen Bundesrat, Kantone und gewisse Parlamentarier wirtschaftlich und gesellschaftlich unerwünschte Effekte in Kauf. In der Vergangenheit haben zwei ähnliche Eingriffe des Bundesrates in den Folgejahren zu massiven Prämien-sprüngen von jährlich 6 bis 9 Prozent geführt. santésuisse setzt sich deshalb vehement dafür ein, dass die Festlegung der angemessenen Reservenhöhe nicht der Politik überlassen wird; sie muss eine unternehmerische Entscheidung bleiben.

Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zugunsten der Prämienzahler

In der Herbstsession 2019 hat der Nationalrat entschieden, dass sich die Kantone und die Krankenversicherer mit einem einheitlichen Finanzierungsschlüssel an den stationären und den ambulanten Leistungen beteiligen sollen. Neu müssten die Krankenversicherer alle ambulanten und stationären Leistungen übernehmen und würden von den Kantonen eine Rückvergütung von rund 25 Prozent erhalten. So wären die Finanzie-

rungsflüsse vereinheitlicht und gewisse Fehlanreize würden eliminiert. Bisher konnten die Prämienzahler nicht von den Effizienzgewinnen profitieren, welche die Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich mitbringen – ganz im Gegensatz zu den Kantonen. Mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) könnten die Akteure des Gesundheitswesens diesen Mangel zwar beheben, ein wichtiger Fehlanreiz bliebe allerdings bestehen: Stationäre und ambulante Behandlungen würden weiterhin mit unterschiedlichen Tarifsystemen abgerechnet, wobei stationäre Behandlungen für Spitäler oftmals ertragsreicher sind als ambulante. EFAS ist daher kein Ersatz für die permanenten Anstrengungen zur Eindämmung der Kostensteigerung in allen Bereichen.

santésuisse unterstützt eine schlanke, effiziente Umsetzung von EFAS und lehnt für die weitere Beratung im Parlament zusätzliche, sachfremde Anliegen ab.

- santésuisse ist gegen den Einbezug von Pflegeleistungen in die aktuelle EFAS-Vorlage. Einerseits gibt es zu viele offene Fragen bei der Pflegefinanzierung, andererseits würde die Vorlage überladen und deren Annahme gefährdet.
- santésuisse lehnt Rechnungskontrollen durch die Kantone dezidiert ab – weil sie zu einem enormen Zusatzaufwand ohne erkennbaren Mehrnutzen führen würden.
- Bei der Berechnung der Kantonsbeiträge bevorzugt santésuisse das Bruttoprinzip. Damit würden sich die Kantone an der gesamten Rechnungssumme beteiligen, wie dies bereits heute bei den stationären Spitalrechnungen der Fall ist. Das Nettoprinzip hingegen diskriminiert Prämienzahler mit hohen Franchisen, weil hier von jeder Rechnung zuerst die Kostenbeteiligung des Patienten abgezogen wird.

Abrechnung von Pflegeleistungen nur mit Vertrag

santésuisse hat sich stets dafür eingesetzt, dass im Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative ein Mechanismus eingebaut wird, der dazu beiträgt, die Kosten wie auch die Qualität der Pflege langfristig unter Kontrolle zu halten. Der Ständerat hat sich dem Nationalrat entgegengestellt und richtigerweise festgehalten, dass eine erweiterte Abrechnungskompetenz der Pflegefachleute zu unkontrollierten Mengenausweitungen führen könnte. Für die selbstständige Anordnung und Abrechnung von Leistungen ohne ärztliche Anordnung sind deshalb zwischen den Pflegenden und den Krankenversicherern präzisierende Vereinbarungen auszuhandeln. Ohne diese oder eine vergleichbare Sicherung lehnt santésuisse den indirekten Gegenvorschlag ab.

Sowohl die Pflegeinitiative als auch der Gegenvorschlag können die grosse Herausforderung der demografischen Entwicklung und den dadurch steigenden Bedarf vor allem in der Grundpflege nicht lösen. Ab 2030 wird die Zunahme von Pflegebedürftigen ihren Höhepunkt erreichen und die Schweiz deutlich mehr Pflegende benötigen. Es sind daher neue und innovative Lösungsansätze gefragt, um der Aufgabe gerecht zu werden.

Unbefriedigende Lösung für die Steuerung der Ärztezulassungen

santésuisse hat stets eine griffige Form der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten gefordert. Die Lösung, für die sich das Parlament schliesslich ausgesprochen hat, bringt im Vergleich zur bisherigen Regelung keine namhaften Verbesserungen. Immerhin konnten National- und Ständerat überhaupt eine Regelung finden, mit der die Kantone dazu verpflichtet werden, die Zulassungssteuerung vorzunehmen. Allerdings drohen keine Konsequenzen, wenn die nötigen Massnahmen ausbleiben. Die Kantone stehen nun in der Verantwortung, bei Überversorgung konsequent einzuschreiten. Nach Auffassung von santésuisse wäre eine Lockerung des Vertragszwangs das adäquate Mittel gewesen. Das Parlament konnte sich zu diesem Schritt allerdings nicht durchringen. Die vom Parlament verabschiedete Zulassungssteuerung überträgt die Aufgabe den Kantonen, die Zulassung zu limitieren. Allerdings enthält das Gesetz weder klare Eckwerte für die Beschränkung der Ärztezulassung, noch wurde den Kantonen eine finanzielle Mitverantwortung an den Zulassungsentscheiden gegeben, wie es bei einer Verknüpfung mit der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen der Fall gewesen wäre.

Rückschlag bei den Kostendämpfungsmassnahmen

An der Sondersession im September 2020 konnte sich der Nationalrat zu keiner einzigen Massnahme für tiefere Kosten im Gesundheitswesen durchringen. Von den Kostendämpfungsmassnahmen des Bundesrates lehnte er ein Referenzpreissystem zugunsten tieferer Generikapreise ebenso ab wie ein Beschwerderecht bei der Spitalplanung oder Kostensteuerungselemente in Tarifverträgen. Die Rechnung für diese mutlosen Entscheide werden die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler bezahlen müssen. Nun wird der Ständerat gefordert sein, die Entscheide des Nationalrats zugunsten der Versicherten zu korrigieren.

Bald flächendeckende Einführung von ambulanten Pauschalen

Mit grosser Mehrheit hat der Nationalrat in der Wintersession der Vorlage zur schweizweiten Einführung von ambulanten Pauschalen zugestimmt. Mit ambulanten Pauschalen werden gleiche Leistungen immer gleich abgegolten und sie können – je nach Fachbereich – für bis zu 70 Prozent der ambulant erbrachten Leistungen eingesetzt werden. Parallel dazu wurden die Vertragsverhandlungen zwischen den Verbänden santésuisse, FMCH und H+ für weitere ambulante Pauschalen weitergeführt. Bereits haben santésuisse und die FMCH 75 Pauschalen beim Bund zur Genehmigung eingereicht.

Selbstregulierung der Vermittlertätigkeit tritt in Kraft

Am 1. Januar 2021 ist die freiwillige Branchenvereinbarung zum Umgang mit Vermittlern in Kraft getreten. Ihr sind 48 Krankenversicherer beigetreten. Sie verpflichten sich, auf die telefonische Kaltakquise von Kunden zu verzichten. Provisionen sind in der Grundversicherung neu auf maximal 70 Franken und bei den Krankenzusatzversicherungen auf eine Jahresprämie begrenzt. Zudem sieht die Branchenvereinbarung umfangreiche zusätzliche Massnahmen zur Qualitätssicherung vor. santésuisse strebt ein für alle Marktteilnehmer geltendes Obligatorium der Branchenvereinbarung an.

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 erhalten und zu stärken.

Generika fast doppelt so teuer wie im Ausland

Zum elften Mal führten santésuisse und Interpharma, der Branchenverband der forschenden Pharmaindustrie, einen Auslandspreisvergleich von Medikamenten durch. Das Preisniveau der patentgeschützten Medikamente lag im europäischen Ausland im Durchschnitt immer noch 4,5 Prozent tiefer als in der Schweiz, patentabgelaufene Originalpräparate kosteten im Ausland 10 Prozent weniger. Am grössten sind die Preisdifferenzen bei Generika; diese kosten in der Schweiz weiterhin fast doppelt so viel wie in den Vergleichsländern. Zudem liegt gemäss Daten der OECD der Generika-Anteil in der Schweiz mit 27 Prozent sehr tief, verglichen mit 83 Prozent in Deutschland. Das nicht genutzte Sparpotenzial beläuft sich auf mehrere Hundert Millionen Franken.

santésuisse wehrt sich gegen überbezahlte Laboranalysen

Jahr für Jahr steigen die Laborkosten in der Schweiz rasant. In Kombination mit überhöhten Preisen führt das zu einer massiven Mehrbelastung für die Prämienzahler. santésuisse reichte deshalb bei der zuständigen Kommission des Bundes eine Umstrittenheitsabklärung ein, die Preisreduktionen für die umsatzstärksten Labortarife im Umfang von rund 300 Millionen Franken verlangt. Darüber hinaus wehrt sich die santésuisse-Tochter tarifsuisse ag gegen die Praktiken von Kick-back-Zahlungen von Labors an Ärzte und prüft rechtliche Schritte. Gemäss Gesetz sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, Kick-back-Zahlungen oder andere geldwerte Vorteile an die Versicherer bzw. Patienten weiterzugeben. Die Kosten für Laboranalysen liegen in der Schweiz mittlerweile bei rund 1,6 Milliarden Franken pro Jahr – das entspricht mehr als 4 Prämienprozenten. Der Auslandsvergleich, den santésuisse im Jahr 2020 erarbeitet hat, zeigt das Ausmass der überhöhten Preise: In der Schweiz kosten Labor-

analysen im Schnitt dreimal mehr als im vergleichbaren Ausland. Deshalb hat santésuisse bei der zuständigen Kommission des Bundes einen Antrag auf Preisreduktionen gestellt.

santésuisse steht hinter der Nutzenbewertung von Therapien

Mit sogenannten Health Technology Assessments (HTA) prüft und beurteilt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Therapien hinsichtlich ihres Nutzens. santésuisse unterstützt die Evaluation von Leistungen mit HTA – weil sie einen Beitrag zur Qualitätssteigerung leisten und helfen können, die Kosten zu senken. Seit Einführung der Nutzenüberprüfung 2015 durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) reichte santésuisse dem BAG mehrmals eine Vorschlagsliste mit Leistungen ein, die nach ihrer Ansicht die Kriterien für eine Vergütung gemäss Krankenversicherungsgesetz nicht erfüllen. Allerdings sind die Prüfverfahren langwierig und dauern 18 bis 24 Monate. Die eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) stellte in ihrem Prüfbericht von August 2020 fest, dass die HTA drei Jahre hinter dem Zeitplan zurückliegen und die Zahl der laufenden HTA nur halb so hoch ist wie geplant. Auch wurden bisher keine Einsparungen erzielt. Mehrere HTA sind abgeschlossen, so zum Beispiel die HTA zur Infusions-Eisentherapie, zu Blutzucker-Messstreifen und zur Kniearthroskopie.

2020 hat santésuisse drei Leistungsbereiche für ein HTA-Evaluationsverfahren vorgeschlagen. Vertieft untersucht werden sollen Medikamente gegen Depressionen, die Wirtschaftlichkeit von neuen Blutgerinnungshemmern und Herzkatheteruntersuchungen.

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



29

Medienmitteilungen

67

Stellungnahmen
und Empfehlungen

1606 400

Tweet Impressions
deutsch/französisch/
italienisch

96

neue Lernende
kaufmännische
Grundbildung

IM DIENST VON KRANKENVERSICHERERN, ÖFFENTLICHKEIT UND PRÄMIENZAHLENDEN

Geforderte Verbandskommunikation während der Corona-Pandemie

Die erste Welle der Corona-Pandemie Anfang März 2020 brachte für die gesamte Bevölkerung Unsicherheiten zum weiteren Verlauf und löste an die Adresse der Kostenträger zahlreiche Fragen aus. Bereits am 13. März 2020 baute santésuisse mit den Mitgliedern eine Corona-Taskforce auf, die Fragen der Leistungsvergütung und Tarife im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bearbeitete. Die rasch und pragmatisch erarbeiteten Lösungen wurden – in Abstimmung mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) – durch Rundschreiben allen Mitgliedern zugänglich gemacht.

Bereits im Frühling 2020 konnte santésuisse die Lage mit der Botschaft beruhigen, wonach dank der Reservesituation der Krankenversicherer 2021 keine Prämienhöhung wegen zusätzlicher Corona-Kosten zu erwarten sei. Laut Berechnungen von santésuisse entstehen aufgrund der Corona-Pandemie Kosten von rund 550 Millionen Franken zulasten der OKP. In diesem Betrag enthalten sind die Impfungen, die alleine mit rund 200 Millionen Franken zu Buche schlagen. Vor und während der Bekanntgabe der Prämien 2021 durch den Bundesrat wies santésuisse wiederholt auf die Interessen der Prämienzahler hin. Damit die Bevölkerung auch in Zukunft keinen Prämienchock hinnehmen muss, braucht es wirksame Reformen, mit denen unnötige Leistungen eliminiert und überhöhte Kosten gesenkt werden.

Ausgebaute Online-Präsenz

In der Verbandskommunikation von santésuisse nehmen die sozialen Medien einen immer wichtigeren Platz ein. Zur Kommentierung gesundheitspolitischer Entwicklungen nutzt santésuisse intensiv den Kurznachrichtendienst Twitter. Neu präsentiert sich santésuisse auch auf der vor allem im professionellen Umfeld verbreiteten Plattform LinkedIn.

Aufgrund der behördlich angeordneten Corona-Schutzmassnahmen hat santésuisse den 6. Novemberkongress digital statt physisch durchgeführt. Am 3. November 2020 wurde live aus dem Hotel Schweizerhof in Bern ein 80 Minuten dauernder Videostream gesendet. Die Veranstaltung unter dem Titel «Was den Prämienzahlern wirklich hilft» konzentrierte sich insbesondere auf die Themen ambulante Pauschalen und das Referenzpreissystem für Generika. Die Zuschauerinnen und Zuschauer konnten die Referate und Diskussionen ohne spezifische

Zugangsdaten im Internet verfolgen. Diese Gelegenheit wurde von rund 200 Personen genutzt.

Spitalfinder optimiert und neu lanciert

santésuisse und das Konsumentenforum kf haben die seit 2016 angebotene Online-Plattform Spitalfinder (www.spitalfinder.ch) optimiert und neu lanciert. Mit dem Spitalfinder können sich alle Interessierten rasch einen Überblick über die Qualität der Spitäler und einzelner Behandlungen verschaffen. Im neuen Kleid bietet er ausserdem eine deutlich bessere Benutzerführung. Mit dem Spitalfinder leisten die beiden Organisationen einen wichtigen Beitrag zur Förderung des Qualitätswettbewerbs unter den Schweizer Spitälern.

Bereich Bildung geht neue Wege: digitaler Unterricht statt Präsenzkurse

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.

Die Corona-Krise wirkte sich auch auf den Bereich Bildung von santésuisse aus. Mit dem Verbot des Präsenzunterrichts ab März und dann wieder ab Ende Oktober 2020 musste auf Fernunterricht umgestellt werden. Diese Einschränkung betraf die Organisatoren und die Kurseilnehmenden gleichermaßen. Trotzdem konnten zahlreiche Kurse digital durchgeführt werden. Andere Kurse, die nicht zeitkritisch waren oder zur Prüfungsvorbereitung 2021 dienten, wurden hingegen verschoben oder abgesagt. Mit den gewonnenen Erfahrungen sollen künftig die Möglichkeiten des mobilen Lernens vermehrt genutzt werden.

2020 haben 96 Lernende die kaufmännische Grundbildung begonnen. Dazu wurden wichtige Schritte in Richtung der künftigen kaufmännischen Grundbildung in der Branche Kranken- und Sozialversicherungen gemacht. Erfreulicherweise konnte unter anderem die Berufsprüfung Krankenversicherungsfachleute trotz Corona-Restriktionen und damit verbundener Verschiebung dank der Einhaltung von besonderen Sicherheitsmassnahmen durchgeführt werden.

tarifsuisse ag ist die grösste Einkaufsorganisation der Krankenversicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Sie verhandelt für ihre Kunden Preise und Tarifstrukturen und erbringt im Bereich Leistungsmanagement Dienstleistungen wie das Tarifcontrolling und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen.



> 1000

abgeschlossene
bzw. bewirtschaftete
Tarifverträge

10 + 3

10 ambulante und
3 stationäre durch
tarifsuisse bewirt-
schaftete nationale
Tarifstrukturen

rund 60

Prozent Marktanteil
im Leistungseinkauf

64

Mitarbeitende

OPTIMALE TARIFGESTALTUNG FÜR GUTE QUALITÄT – TARIFSTRUKTUREN, PREISVERHANDLUNGEN UND LEISTUNGS- MANAGEMENT AUS EINER HAND

Stetiger Ausbau des Angebotes im Leistungseinkauf

Zusätzlich zum regulären, stetig wachsenden Leistungsangebot des Geschäftsbereiches Leistungseinkauf aufgrund neuer Leistungserbringer-Gruppen, die nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) abrechnen dürfen, wurden neu die Verhandlungen im Bereich der nicht vollständigen Weitergabe von Vergünstigungen gemäss Artikel 56 Absatz 3 lit. b KVG und Absatz 3bis KVG übernommen. Weiter wurde mit dem SVK ein Zusammenarbeitsvertrag zur Regelung der Übernahme von Verhandlungsmandaten im KVG-Bereich ausgearbeitet. Damit können Synergien innerhalb der santésuisse-Gruppe noch optimaler genutzt werden.

Bewegung bei den ambulanten Tarifen

Zum Auftrag von tarifsuisse ag gehört es, die Tarifstrukturen und Tarife für ambulante sowie stationär erbrachte Leistungen laufend zu überprüfen, anzupassen und regelmässig neu zu verhandeln. So konnten 2020 – im Auftrag der Muttergesellschaft santésuisse – neue Vereinbarungen für Chiropraktiker, Hebammen und Neuropsychologen erarbeitet werden. Gemeinsam mit dem Ärztesverband FMCH ist es gelungen, für 75 ambulante Standardeingriffe Pauschalen zu vereinbaren und dem Bundesrat zur Genehmigung vorzulegen. Diese Pakete werden laufend durch weitere ergänzt.

Ende August 2020 haben die Verbände santésuisse, H+ Die Spitäler der Schweiz und FMCH beschlossen, ihre Zusammenarbeit im Bereich der ambulanten Tarife zu intensivieren und eine gemeinsame Plattform für das künftige Tarifwesen zu schaffen. Diese steht allen beteiligten Akteuren zur Teilnahme offen. Die Verbände wollen die Leistungen im ambulanten Bereich mit einem neuen Tarifsysteem vergüten, das auf Pauschalen basiert. Dieses System schafft Transparenz und stellt sicher, dass für dieselben Eingriffe auch tatsächlich dieselben Preise vergütet werden.

Neuropsychologie: Tarifpartner einigen sich auf gemeinsame Tarifstruktur

Die Krankenversicherer, der Verband H+ Die Spitäler der Schweiz und der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP) reichten Ende Juni 2020 dem Bundesrat einen neuen Tarifstrukturvertrag für die Abgeltung von ambulanten diagnostischen Leistungen der Neuropsychologie ein. Die neue Tarifstruktur bildet die ambulanten diagnostischen Leistungen der Neuropsychologie ab und schliesst damit eine Lücke im Tarifwerk.

Wirksame Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Tarifcontrolling

tarifsuisse überprüft, dass Ärztinnen und Ärzte für ihre Leistungen keine überhöhten Preise verlangen. Konkret kontrolliert tarifsuisse, dass die Kosten pro Patient in einer bestimmten Fachrichtung und Region um nicht mehr als 30 Prozent vom Durchschnitt der jeweiligen Facharztgruppe abweichen. Wer die Kosten nicht rechtfertigen kann, muss die zu Unrecht erhobenen Beträge zurückerstatten. Neben solchen Wirtschaftlichkeitskontrollen führt tarifsuisse auch ein Tarifcontrolling durch. Dabei wird unter anderem die korrekte Anwendung der Tarifpositionen überprüft. Diese beiden Einheiten des Leistungsmanagements von tarifsuisse erwirken jährlich Rückzahlungen in zweistelliger Millionenhöhe – Geld, welches die Leistungserbringer zurückzahlen müssen und das den Prämienzahlenden zugutekommt.

Laboranalysen: Provisionen gehören den Versicherten

tarifsuisse hat festgestellt, dass die Zahl der Laboranalysen stark angestiegen ist; dementsprechend sind auch die Kosten zu Lasten der Grundversicherung auf mittlerweile rund 1,6 Milliarden Franken pro Jahr angewachsen. tarifsuisse erinnerte die Labors brieflich, was in Bezug auf Provisionszahlungen an Ärztinnen und Ärzte, die Aufträge an Labors vergeben, erlaubt ist und was nicht. Gemäss Gesetz sind Provisionen zwar nicht verboten, sie müssen aber zwingend an die Versicherten weitergegeben werden, was bisher kaum geschehen ist.

Verbrauchsmaterial: Einigung mit Kanton Bern erzielt

Gemäss einem 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.

tarifsuisse hat sich 2020 mit dem Kanton Bern über die Rückerstattung der zu viel verrechneten Kosten geeinigt. Der Kanton zahlte in diesem Fall 12 Millionen Franken zurück. tarifsuisse erwartet, dass auch in anderen Kantonen pragmatische Lösungen gefunden werden können.

Zur Abwicklung der administrativen Prozesse im Gesundheitswesen benötigen die Krankenversicherer, Leistungserbringer und Behörden strukturierte Daten und aussagekräftige Informationen. Die SASIS AG ist unverzichtbarer Partner für innovative Branchenapplikationen und sorgt mit verbindlichen, aussagekräftigen und aktuellen Daten für mehr Transparenz im Gesundheitswesen.



> **83 000**

Leistungserbringer

> **15 700**

Tarifverträge

11 Mio.

Versichertenkarten
(KVG&VVG) im Einsatz

> **30 000**

Telefonanrufe
im Zahlstellenregister
entgegengenommen

DER INNOVATIVE DATENLOGISTIKER FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Digitalisierungsschub mit SHIP

Die Digitalisierung der administrativen Abläufe im Gesundheitswesen ist bei Weitem noch nicht Realität. Noch werden in vielen Bereichen ab Beginn einer Behandlung bis zu deren Abschluss manuell Formulare ausgefüllt, Briefe für Kostengut-sprachen geschrieben und diese aufwendig gescannt oder die Daten in Erfassungsmasken übertragen.

Die SASIS AG treibt die Entwicklung des Standards SHIP (Swiss Health Information Processing) für den elektronischen Datenaustausch intensiv voran. Im Oktober 2019 wurde SHIP dem operativen Betrieb übergeben. Seither können damit elektronisch Behandlungsfälle eröffnet und zwischen Spitälern, Krankenversicherern sowie kantonalen Verwaltungen Behandlungsinformationen ausgetauscht werden. Weiter lassen sich mit SHIP sämtliche Fragen zur Kostenübernahme abklären. Mit der Umsetzung einer durchgängig digitalen Abwicklung einer Behandlung – von der Anordnung bis zum Fallabschluss mit Rechnungsstellung – sollen nicht nur die Kosten, sondern auch die Fehleranfälligkeit sinken und der Datenschutz verbessert werden.

SHIP wird in mehreren Ausbausritten auf die Behandlungsfälle der Spitex, den spitalambulanten Bereich, die Pflegeheime, Ärzte, Apotheken und Physiotherapeuten ausgedehnt. Bis Ende 2023 soll in all diesen Bereichen die durchgängige digitale Abwicklung der administrativen Prozesse Realität sein.

Die Bereitstellung von SHIP als Standard ist eine wichtige Voraussetzung, um in der Schweiz die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben zu können. Ausschlaggebend für die Akzeptanz dürfte aber sein, dass die Teilnahme an SHIP sowohl für Leistungserbringer als auch für Kostenträger finanziell attraktiv ist. Die ersten Erfahrungen aus der administrativen Fallabwicklung Spital stationär, welche heute noch ohne den Fallabschluss (Rechnung) in Betrieb ist, zeigen durch die Automatisierung bereits ein Einsparpotenzial in Millionenhöhe.

Virtuelle Versichertenkarte VICARD lanciert

Die SASIS AG produziert im Auftrag der teilnehmenden Versicherer die Versichertenkarte (VeKa) der Schweizer Krankenversicherer und verschickt sie direkt an die Versicherten. Die Versicherer können mit der Branchenlösung des VeKa-Centers der SASIS AG alle bestehenden und zukünftigen Anwendungen im Bereich der Schweizer Versichertenkarte nutzen.

Mit der virtuellen Versichertenkarte VICARD trägt die SASIS AG mit den partizipierenden Versicherern dazu bei, die Digitalisierung des Schweizer Gesundheitssystems voranzutreiben. Die VICARD bietet den Versicherten diverse Vorteile, etwa das kontaktlose Anmelden beim Arzt, im Spital oder beim Apotheker. Sie ermöglicht es auch, die Versichertenkarten der ganzen Familie in einer Handy-App zusammenzufassen. Nach dem Start mit der KPT als erstem Versicherer im März 2020 können mittlerweile auch die Versicherten der Visana und Groupe Mutuel die virtuelle Versichertenkarte nutzen. Weitere Krankenversicherer folgen in nächster Zeit.

Auch die Leistungserbringer profitieren von der virtuellen Versichertenkarte, weil sie damit weniger Verwaltungsaufwand als mit Papierformularen haben. Sie erhalten Zugang zu den aktualisierten Daten, die sie für die Leistungsabrechnung benötigen. Das erhöht die Effizienz und bringt Einsparungen. Über 5000 Leistungserbringer und rund 2000 Apotheken können bereits mit der VICARD arbeiten – laufend kommen weitere Ärzte, Spitäler und Apotheker hinzu. Für die Zukunft bietet die VICARD auch die technische Möglichkeit, medizinische Daten (z. B. Blutgruppe, Allergien oder Patientenverfügungen) einfach erfassen und sicher speichern oder verknüpfen zu können.

Der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) erbringt für die Krankenversicherer spezialisierte Dienstleistungen für ambulante und stationäre Behandlungen. Weitere Kunden des SVK sind SUVA/Militärversicherung, die gemeinsame Einrichtung KVG und die Invalidenversicherung / BSV.



35

Mitarbeitende

35

Kunden – Versicherer
beziehungsweise
Gruppen und institu-
tionelle Kunden

53 000

bearbeitete
Kundendossiers

320 000

geprüfte
Rechnungen

TRANSFORMATION ZUM DIGITALISIERTEN DIENSTLEISTER

Der SVK nimmt Beurteilungen und Abklärungen in den Bereichen Medikamente, Transplantationen, Dialyse, künstliche Ernährung zu Hause und mechanische Heimventilation vor. Dabei engagiert er sich im Auftrag von Versicherungen, die ihm angeschlossen sind, sowie von weiteren Institutionen des Gesundheitswesens. Für sie prüft er einerseits Gesuche für Kostengutsprachen und erteilt diese im Namen des Versicherers, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, und andererseits Rechnungen, welche bei Erfüllung der Anforderungen dem Versicherer zur Zahlung weitergereicht werden. Die Zahl der vom SVK betreuten Patientendossiers ist in den letzten Jahren laufend gestiegen – auf mittlerweile über 53 000 Fälle pro Jahr.

Die Corona-Krise hat den Bedarf nach erhöhtem Digitalisierungsgrad sowohl im SVK wie im Gesundheitswesen insgesamt aufgezeigt. Der SVK führte den eingeleiteten Auf- und Ausbau der digitalen Fähigkeiten im Jahr 2020 forciert fort. Damit steigerte er seine Effizienz, schafft mehr Flexibilität für den Einsatz des Personals und somit auch freie Kapazitäten beispielsweise für die Rechnungskontrolle. Die Informatiksysteme des SVK sind in der Lage, das seit Längerem für den elektronischen Datenaustausch verwendete Format XML zu verarbeiten. Wünschen Kunden stattdessen den Standard SHIP, wird auch dieser angeboten. 2020 verarbeitete der SVK bereits zwei von drei Rechnungen elektronisch. Bis Ende Jahr 2021 wird der Anteil bei mindestens 90 Prozent liegen.

Vereinbarungsgemäss und angesichts der Komplexität der betreuten Fälle wie der hohen Beträge prüft der SVK jede eingehende Rechnung vor der Freigabe zur Vergütung durch den Krankenversicherer. Der Prüfprozess, dazu gehören insbesondere die Prozesse zur Übermittlung von stationären Daten an die Kunden, wurde vom Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) abgenommen. Mit den SQS-Zertifizierungen, insbesondere die Zertifizierung als eigenständige Datenannahmestelle, wie der Überwachung durch den EDÖB und das BAG besitzt der SVK die notwendigen Bescheinigungen, dass er die Vorgaben des Datenschutzes und auch jene des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) umfassend erfüllt.

Kompetenzzentrum für komplexe Fälle

Die medizintechnische Entwicklung bringt in immer höherem Tempo neue Behandlungen hervor. Insbesondere in der Anfangsphase sind diese in der Mehrheit gekennzeichnet durch

tiefe Volumen, hohe Preise und einen hohen administrativen Koordinationsaufwand. Bei der Entwicklung neuer Dienstleistungen konzentriert sich der SVK auf solche meist komplexe Themen – und richtet sich damit konsequent auf die Bedürfnisse der Kunden aus. So ist beispielsweise ein Angebot für Patienten mit Cochlea-Implantaten (Hörprothesen und Implantate) im Aufbau. Weitere Angebote wie beispielsweise bei OPAT (Out-patient Parenteral Antibiotic Therapy) oder OSAS (obstruktive Schlafapnoe-Syndrom) stehen in Entwicklung.

Abflachendes Wachstum bei der künstlichen Ernährung

Die starke Zunahme im Bereich der künstlichen Ernährung mit einer faktischen Verdoppelung der aktiven Patienten seit dem Jahr 2016 auf 28 303 ist im Verlaufe der Jahre 2019 und 2020 abgeflacht. Ab 2021 dürfte sich eine jährliche Zuwachsrate von rund 3 Prozent einstellen. Bei der mechanischen Heimventilation war gegenüber den Vorjahren ebenfalls eine geringere Zunahme zu verzeichnen. Per Ende Jahr 2020 werden in diesem Bereich 5077 Patientendossiers betreut.

Pandemieeinfluss bei den Heimdialysen

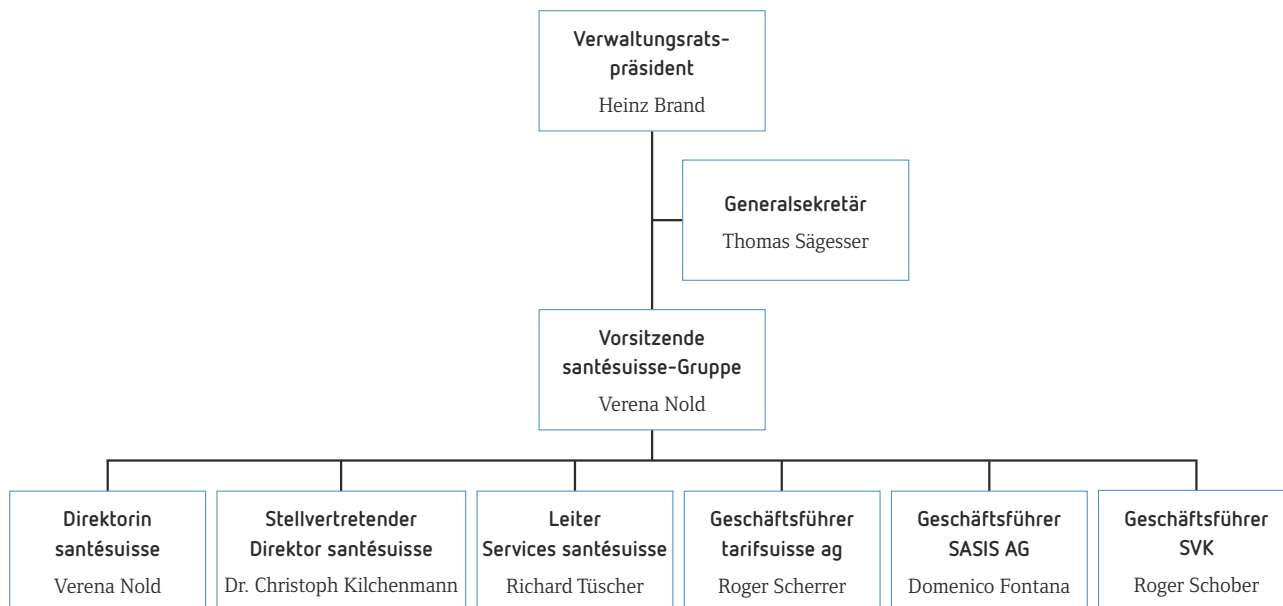
Seit 1963 bearbeitet der SVK alle Vorgänge rund um die Nierenersatzverfahren. Er ist zusammen mit H+ Die Spitäler der Schweiz und den Industriepartnern mitverantwortlich für Inhalt und Umsetzung der nationalen Verträge und deren Genehmigung durch den Bundesrat. Mittlerweile werden über 3800 Dossiers von Dialysepatienten betreut. Der Anteil der von den Patienten zu Hause durchgeführten Dialysen ist im Jahr 2020 aufgrund der COVID-19 Situation stagniert. Eine erneute Steigerung ist für die Post-COVID-19-Phase zu erwarten.

Stabile Spenderzahlen 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 für die Transplantationen von soliden Organen und die Transplantation hämatopoetischer Stammzellen. Weiter engagiert er sich für deren Genehmigung durch den Bundesrat. Im Jahr 2020 haben schweizweit 146 verstorbene Personen ein Organ oder mehrere Organe gespendet. Das sind 11 weniger als im Vorjahr. Auch im Bereich der Transplantation hämatopoetischer Stammzellen ist die Entwicklung im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr stabil verlaufen. Per Ende Jahr 2020 werden im Bereich Transplantationen 2016 Patientendossier betreut (Vorjahr: 1903).

Organisation

Stand 1. März 2021



VERWALTUNGSRAT

Präsident 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, Groupe Assura,
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

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

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

Stefan Schena, ÖKK,
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. Christoph Kilchenmann,
stellvertretender Direktor santésuisse

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,

4502 Solothurn

Tel. + 41 32 625 41 41

mail@santesuisse.ch

www.santesuisse.ch

tarifsuisse ag

Römerstrasse 20, Postfach,

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 Publizistik
Römerstrasse 20
Postfach
4502 Solothurn
Telefon + 41 32 625 41 41
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Konzept, Design und Realisation

Linkgroup AG, 8008 Zürich
www.linkgroup.ch

Druck

Druckerei Herzog AG
Gewerbstrasse 3
4513 Langendorf

santésuisse –
Die Schweizer Krankenversicherer