

Mehrleistungen: Fortschritte und Herausforderungen bei den Krankenversicherern

Fachtagung Mehrleistungen VVG: Faire Preise für
echte Mehrleistungen – wo stehen wir heute

Dienstag 12. März 2024



Ausgangslage

**Prämienvolumen
Spitalzusatzversicherungen**

3.8 Mrd.



**Anzahl Personen mit einer
Spitalzusatzversicherung**

2.7 Mio.



Kurzer zeitlicher Abriss

2017



- Spitzengespräch FINMA
- Startschuss für die Umstellung auf Mehrleistungsverträge

2020



- Vor-Ort-Kontrollen FINMA
- FINMA informiert über Ergebnisse Vor-Ort-Kontrollen und fordert substantielle Verbesserungen

2021 – heute



Verbandsebene

Mehrleistungsprojekt VVG

Versicherer

Massnahmenplan und weitere Vor-Ort-Kontrollen

Von der FINMA identifizierte Handlungsfelder

1. **Vertragliche Definition** von VVG-Mehrleistungen;
2. **Keine Vergütung** von nicht vorhandenen oder nicht erbrachten Mehrleistungen;
3. Sicherstellung, dass **keine Doppelverrechnungen** mehr erfolgen – VVG-Leistungen sind **transparent** auszuweisen;
4. Weg vom Vollkostenmodell hin zu einem **Mehrleistungsmodell**;
5. **Gleicher Preis für die gleiche Leistung** (HP/P);
6. Etablierung von **Controlling Mechanismen** um die entsprechenden Anforderungen zu erfüllen.

Branchenframework

Die 11 «Generellen Grundsätze»

• Definition von Mehrleistungen

1. Mehrleistungen werden im **Vergleich zum Leistungsniveau der OKP** des jeweiligen Leistungserbringers erbracht;
2. Mehrleistungen zwischen Leistungserbringern und einzelnen Versicherern **differenzieren** sich in Kategorien **klinische Leistungen, ärztliche Leistungen sowie Hotellerie/Komfort**;
3. Eine Mehrleistung muss **vertraglich definiert, erhebbar, bewertbar** und **nutzbar** sein;
4. Ein **Mehrleistungskatalog des Leistungserbringers** zuhanden des einzelnen Versicherers bildet die **Basis für die Bewertung**, die **Abrechnung** und das **Leistungs-Controlling**;
5. **Ärztliche Mehrleistungen** werden auf **klarer vertraglicher Basis** vergütet;

• Bewertung von Mehrleistungen

6. Die **Kriterien zur Bewertung** von Mehrleistungen werden **durch die einzelnen Versicherer festgelegt**;
7. Mehrleistungen definieren sich über den **Mehrwert am Patienten** und nicht über allfällige Mehrkosten;
8. **Unterschiede in der Bewertung** von gleichwertigen Mehrleistungen müssen **klar begründbar** sein;
9. Die Bewertung von Mehrleistungen erfolgt in der Regel auf Basis von **Leistungspaketen** und **nicht** auf Basis von **Einzelleistungen**;

• Abrechnung von Mehrleistungen

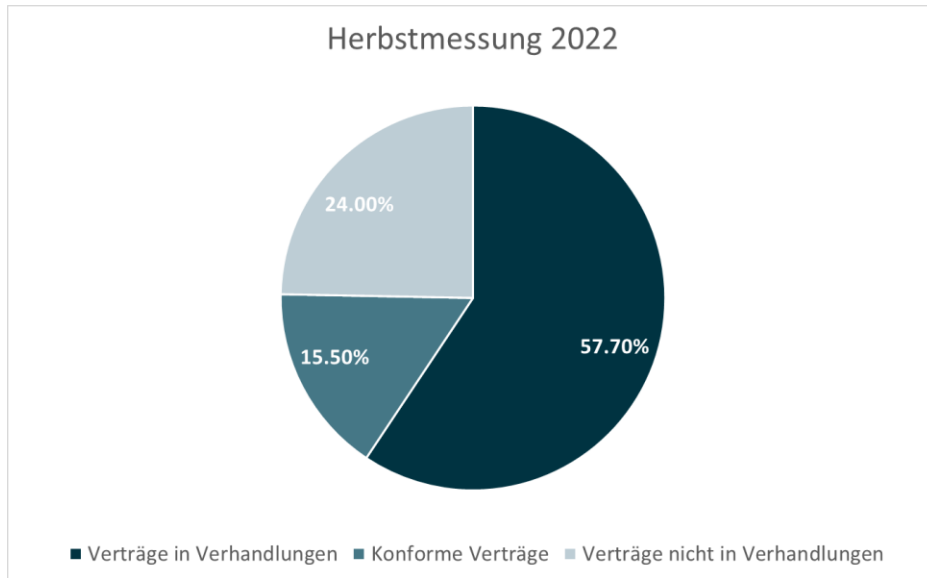
10. **Nur tatsächlich erbrachte Mehrleistungen** werden von Versicherern vergütet;

• Zukunft von Mehrleistungen

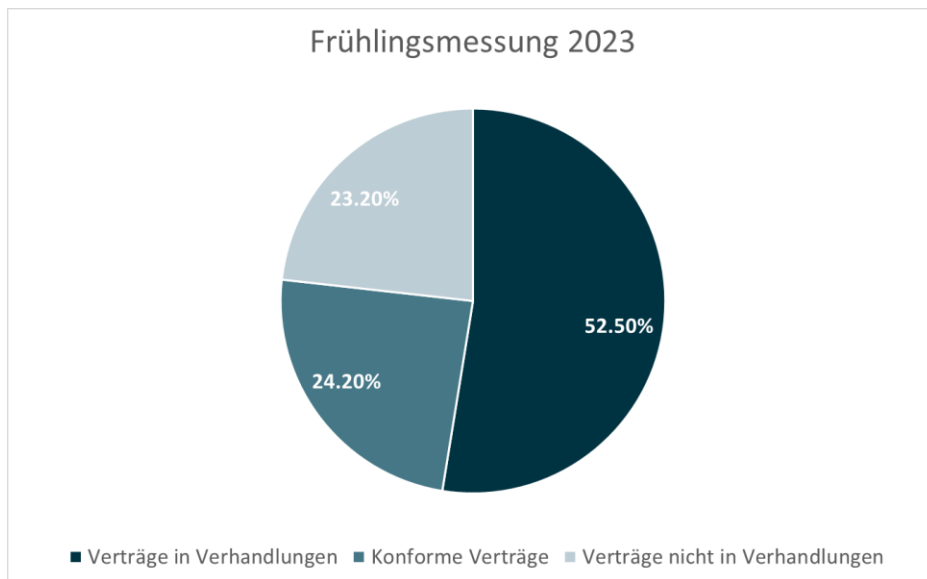
11. **Innovation** z.G. des Patientennutzens ist gewünscht. Trends wie «ambulant vor stationär» sind eine Chance für neue Mehrleistungsservices.

Verträge (Branche)

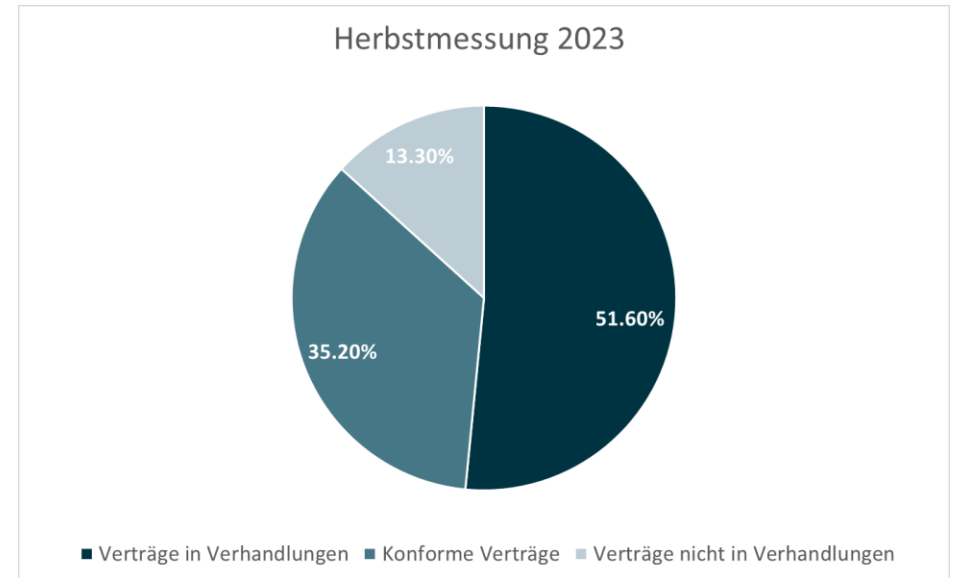
1



2



3

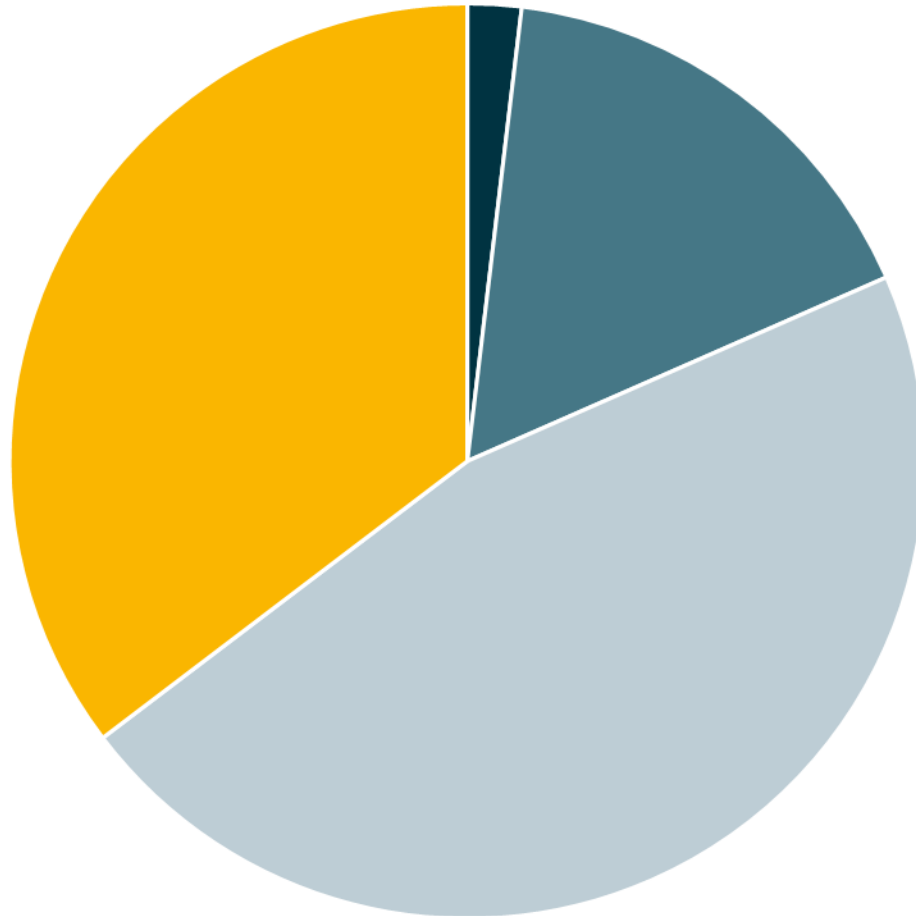


4



Verträge (Groupe Mutuel)

Herbstmessung 2023



- Vertragsloser Zustand nach Kündigung
- Verträge die erneuert werden müssen aber noch nicht gekündigt sind
- Verträge in Verhandlung
- Konforme Verträge

Groupe Mutuel / Anzahl pro Jahr verhandelte Verträge im Schnitt: 160

Mehrleistungen

- Die Groupe Mutuel hat einen eigenen Mehrleistungskatalog erarbeitet;
- Dieser ist in 3 Kategorien unterteilt: 1) Hotellerie, 2) klinische Leistungen und 3) ärztliche Leistungen;
- Innerhalb der 3 Kategorien werden 2 Arten von Mehrleistungen unterschieden:
 - Minimaler Standard an Mehrleistungen (Minimal)
 - Über den Standard hinausgehende Mehrleistungen (Premium)
- Auf der Grundlage der von den Spitälern gelisteten Mehrleistungen wird der Groupe Mutuel Mehrleistungskatalog ausgefüllt;
- Es wird jeweils überprüft, ob die Leistung verfügbar ist oder nicht;

Mehrleistungen

Hôpital / Clinique :							
Numéro RCC :							
Date :							

CATALOGUE DE PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

Prestations hôtelières							
Catégorie	Service / groupe de prestations	Premium / Minimum	Niveau de service / Prestations à expressément indiquer dans la convention	AOS: Niveau de service	Mi-Privé	Privé	Eléments de preuve à fournir
Prestations minimales LCA: Prestations hôtelières							
Prestations hôtelières	Nombre de lits de la chambre	minimal	Prestations à inscrire dans la convention pour <u>chaque</u> division (AOS/mi-privée/privée): -Chambre à 3, 4 ou 5 lits -Chambre à 2 lits -Chambre à 1 lit	<i>Exemple: Chambre à 3 lits</i>	<i>Exemple: Chambre à 2 lits</i>	<i>Exemple: Chambre à 1 lits</i>	Formulaire d'entrée attestant de la présentation du catalogue de prestations au patient Sondage auprès des patients Visite sur place / photographies des chambres Site internet de l'hôpital
Prestations hôtelières	Salle de bain	minimal	Il est à préciser si la salle de bain se situe dans la chambre et si celle-ci est à usage individuel pour <u>chaque</u> division (AOS/mi-privée/privée): Exemples de formulations: -Salle de bain commune à l'étage -Salle de bain commune/à partager dans la chambre -Salle de bain individuelle dans la chambre				Formulaire d'entrée attestant de la présentation du catalogue de prestations au patient Sondage auprès des patients Visite sur place / photographies des chambres Site internet de l'hôpital
Prestations premiums LCA: Prestations hôtelières							
Prestations hôtelières	Caractéristiques de la chambre	premium	Les éléments ci-dessous sont à indiquer dans la convention dans la mesure où ceux-ci sont proposés dans une des divisions (AOS/mi-privée/privée) selon le catalogue de prestations de l'hôpital: -Balcon/terrasse -Surface supplémentaire disponible / Mobilier supplémentaire par rapport au lit et rangement standard: partie salon (fauteuil/canapé) et/ou bureau -Vue dégagée / choix de l'orientation de la chambre proposé au patient -Coffre-fort personnel (dans la chambre) -Climatisation / système de contrôle de la température -Machine à café et/ou mini bar dans la chambre	<i>Exemple : Climatisation</i>	<i>Exemple: Chambre équipée d'un balcon</i> <i>Exemple: Chambre équipée d'un balcon</i> <i>Coffre fort personnel</i> <i>Climatisation</i>	<i>Exemple: Chambre équipée d'un balcon</i> <i>Vue côté jardin garanti</i> <i>Coffre fort personnel</i> <i>Climatisation</i> <i>Machine à café avec dosettes dans la chambre</i>	Formulaire d'entrée attestant de la présentation du catalogue de prestations au patient Sondage auprès des patients Visite sur place / photographies des chambres Site internet de l'hôpital

Mehrleistungen

- Jede Mehrleistung wird anhand eines Punktesystems bewertet;
- Gleiche Leistungen haben das gleiche Gewicht;
- Die Punkte pro Kategorie fließen in ein Scoring Modell ein, auf dessen Grundlage der Preis ermittelt wird;
- Der OKP Standard beeinflusst massgeblich die Höhe der Preise im HP/P-Bereich;
- Mehrleistungskatalog ist integrierender Bestandteil des Mustervertrages (Anhang).
- Thema Konformität:
 - Formelle Konformität
 - Operative Konformität

Preisfindung

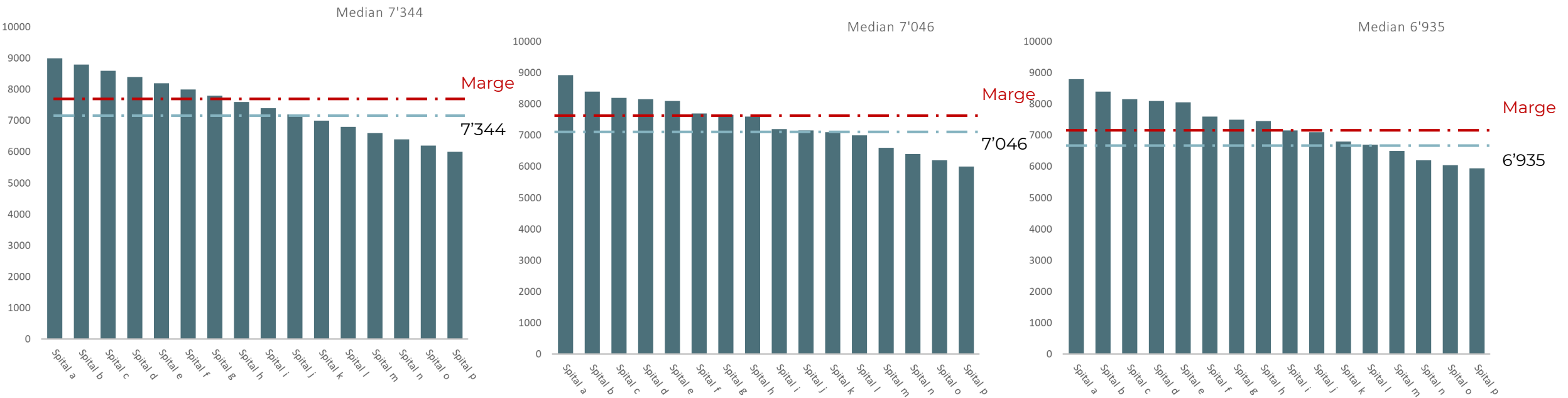
176
*Spitäler/Spezialkliniken



*Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021, BAG, S.4.
** Grundlage unter anderem Krankenhaustypologie

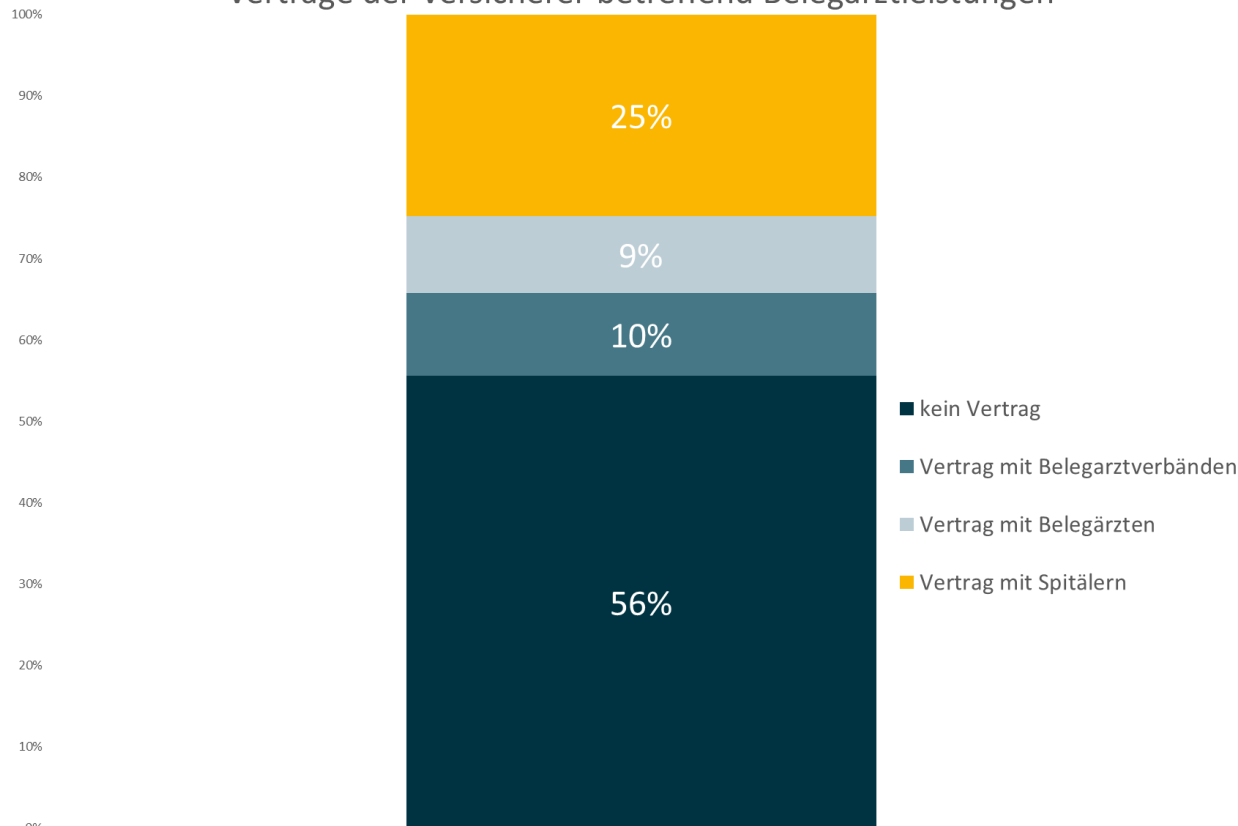
Preisfindung

- Normierte Fallkosten (pro Gruppe)



Arzthonorare/Belegärzte

Verträge der Versicherer betreffend Belegarztleistungen



- Im Rahmen des Branchenprojektes SVV wurden 9 Tarifstrukturen auf ihre Konformität überprüft;
- Die Mehrheit der Strukturen erfüllen die Kriterien des Branchenframeworks;
- Am verbreitetsten ist das Baserate-modell;
- In der Westschweiz kommen vor allem die Modelle der entsprechenden Belegarztverbände zur Anwendung (AMGe und SVM).

Erhebung bei 9 Versicherern, im Rahmen des Mehrleistungsprojektes des SVV: Stand Mai 2023

Arzthonorare/Belegärzte

Einigung auf Struktur und Preis sowie vertragliche Lösung;

Vereinbarung von Nettopreisen (Arzt rechnet nur noch VVG-Teil ab);

Gleichschaltung von HP/P Preisen;

Ziel: Rechnungsstellung erfolgt über das Spital (Singel Invoice);

Controlling

Nur gemäss VVG vereinbarte Mehrleistungen werden zurückerstattet (Bottom-up)

- Vereinfachung der Rechnungskontrolle durch **einheitliche und strukturierte Tarifmodelle**
- OKP-Leistungen haben **keinen Einfluss auf die Höhe der VVG-Abgeltung**

Definition der Preise nach Leistungsart

- Hotellerie/Komfort
- Klinische Leistungen
- Ärztliche Leistungen
- Differenz zum Referenztarif bei ausserkantonalen Hospitalisationen
- Kantonsanteil bei Vertragsspitalern

Erstellung und Erfassung von spezifischen Leistungsarten für jeden Mehrleistungsbereich

- Hotellerie/Komfort
- Klinische Leistungen
- Ärztliche Leistungen
- Differenz zum Referenztarif
- Kantonsanteil

Automatische Zuteilung der Leistungsarten für elektronische Rechnungen (Tarif 930)

- **Verbesserung der Qualität** der Zuordnung nach Leistungsart

Controlling

3 – stufiges Controlling

- **Niveau 1** => Bereich Spital
Überprüfung der korrekten Anwendung der Tarifpositionen sowie der vereinbarten Preise;
- **Niveau 2** => Bereich Wirtschaftlichkeitskontrolle
Nachträgliche Analyse von inkonsistenten Abrechnungspraktiken auf individueller Ebene;
- **Niveau 3** => Bereich Leistungseinkauf
Vergleich der Tarifstrukturen in Bezug auf die Kosten;
- **Bei fehlender Vereinbarung** => Übernahme der Kosten auf der Grundlage der zur Anwendung gelangenden AVBs (vorgängige Information des Versicherten und des Leistungserbringers).

Versicherungsprodukte

- Überprüfung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVBs) sämtlicher Spital-Zusatzversicherungsprodukte;
- Harmonisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVBs);
- Validierung der angepassten AVB's durch die FINMA;
- Übernahme von Maximalbeträgen im Falle eines vertragslosen Zustandes;
- Information an die Kunden;
- Dynamische Karte mit den Leistungserbringern mit denen die Groupe Mutuel einen Vertrag abgeschlossen hat.

Weitere Aktivitäten

- **Auf Branchenebene**

- Definition der Tarife und der Tarifziffern für den elektronischen Datenaustausch (Tarif 930);
- Anpassung des XML Standards für die Erfassung der GLN-Nummern der behandelnden Ärzte sowie deren Namen.

- **Groupe Mutuel**

- Optimierung der Vertragsdatenbank;
- Tool zur Bewertung von Mehrleistungen;
- Benchmarking Tool;
- Optimierung der internen Prozesse im Bereich der Leistungskontrolle;
- Anpassung der Informatiksysteme;

Herausforderungen

1

Anpassung der bestehenden Modelle
unter Berücksichtigung
der Kommentare der
FINMA

2

**Scharfstellung der
Allgemeinen
Versicherungs-
bedingungen**

3

**Umgang mit dem Thema
Marktmacht** (bei
gewissen
Leistungserbringern)

4

Belegärzte
(Tarifstrukturen und
Pricing – Abzug des OKP
Anteils)

5

**Sicherstellung der
Kohärenz der Bewertung
und der Tarifierung /**
keine Kostentransparenz
im VVG-Bereich

6

**Bewertung von
intangiblen Leistungen**

Herausforderungen

7

Neue
**Versicherungsprodukte
und
Prämien erhöhungen**

8

Kommunikation mit
Versicherten,
Leistungsbringern und
Medien

9

Image

10

- **Systemische Risiken**

11

- **Gefangener Kunde und
Prämienprogression**

e Merci Thank You
ou Gracias Teşekk
Köszönöm 🙌 Hvala
a Grazie Danke Te
Obbrigada Salamat