

Spitalzusatzversicherungen: Klarheit, Transparenz und Nachvollziehbarkeit

Urs Arbter, Leiter Versicherungspolitik und Regulierung, Stellvertretender Direktor SVV

Interlaken, 20. August 2021



Spitalzusatzversicherungen mit Handlungsbedarf

- Das Ziel sind wettbewerbsfähige und attraktive Zusatzversicherungen

Ausgangslage

Handlungsbedarf



- Die **FINMA** formulierte Ende 2020 ihre **Vorstellungen an eine Neuausrichtung im Bereich der Spitalzusatzversicherungen**.
- Die Krankenversicherungsbranche, die das Thema schon länger bearbeitet, anerkennt und bestätigt den **Handlungsbedarf für mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit**.

Branchenprojekt der Krankenzusatzversicherer



- Das Ziel der Branche sind **wettbewerbsfähige, attraktive Zusatzversicherungen**, die den Bedürfnissen nach Leistungen über die Grundversorgung hinaus (= Mehrleistungen) Rechnung tragen.
- Der SVV lancierte im Januar 2021 das **Branchenprojekt «Mehrleistungen VVG»**, um die Fragestellungen zu adressieren.
- Das Branchenprojekt des SVV bindet auch Nichtmitglieder ein. Gesamthaft werden **98 Prozent des Prämienvolumens der Krankenzusatzversicherungen** repräsentiert.
- Parallel dazu begannen die Mitgliedsgesellschaften des SVV, **gesellschaftsspezifische Massnahmenpläne** aufzusetzen, beziehungsweise auszurollen.

Die Krankenzusatzversicherer streben bei den Spitalzusatzversicherungen Klarheit, Transparenz und Nachvollziehbarkeit an

Zielsetzung

Zielsetzungen «Mehrleistungen VVG»



#1

Erarbeitung eines **Branchen-Frameworks zu Mehr- und Zusatzleistungen** in den Spitalzusatzversicherungen, das zwischen drei Mehrleistungskategorien unterscheidet

#2

Entwicklung von **Mindestanforderungen** und **Abrechnungsstandards** als künftige Basis für Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Spitäler und/oder Belegärzte)

#3

Einbezug von Leistungserbringern bzw. deren Verbände zur Validierung und Weiterentwicklung der im SVV-Projekt entwickelten Ansätze

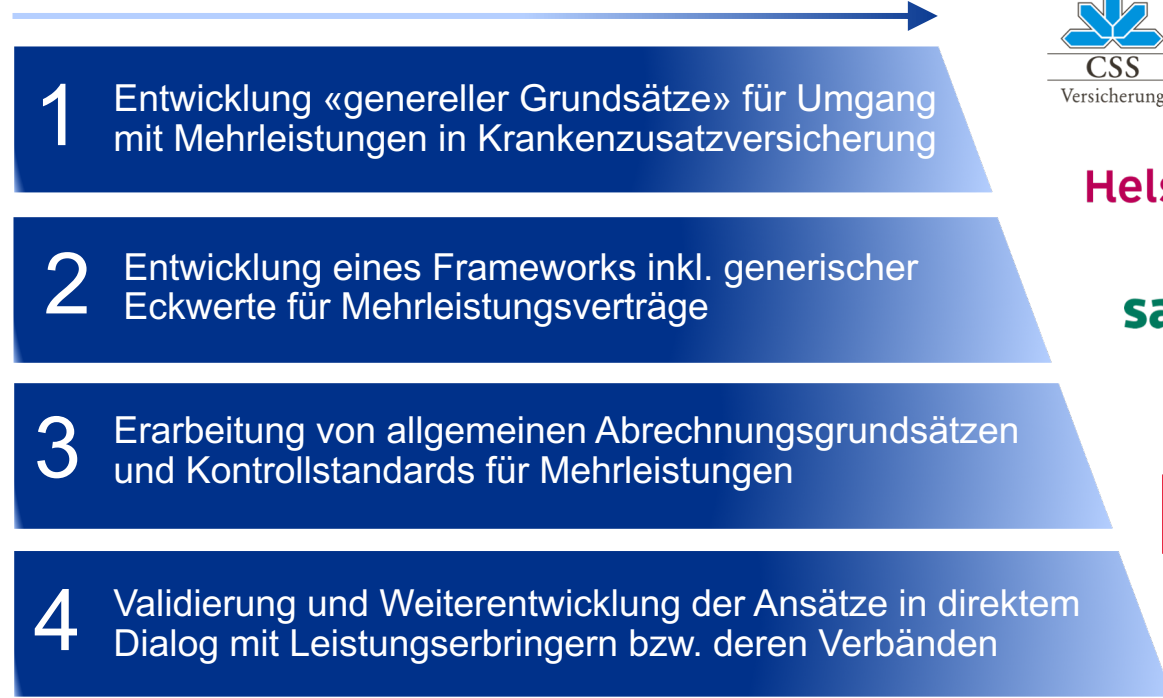
#4

Etablierung einer **verstärkten Kollaboration auf Branchenebene** zur Erhöhung der Transparenz im Zusatzversicherungsmarkt (jeweils **unter Einhaltung der kartellrechtlichen Auflagen**)

Die Anforderungen zur Umsetzung wurden in verschiedenen Projektmodulen adressiert

Vorgehensansatz vom Januar 2021

Das SVV-Projekt umfasste vier Module



Branchen-Framework mit 11 Grundsätzen ist seit dem 17. Juni 2021 öffentlich

<https://www.svv.ch/de/branche/regelwerke/branchen-framework-zu-mehrleistungen-vvg>

Steuerungsausschuss			
	Philomena Colatrella CSS, Leitung Steuerungsausschuss		Reto Egloff KPT
	Ruedi Bodenmann Assura		Andreas Schönenberger Sanitas
	Thomas Boyer Groupe Mutuel		Roman Sonderegger Helsana
	Reto Dahinden Swica		Michael Willer Sympany
	Urs Arbter SVV		

Fachausschuss			
	Ruedi Bruder Helsana, Leitung Fachausschuss		Peter Hug KPT
	Fabio Fierloni Assura		Daniel Rochat Swica
	Alex Friedl Sanitas		Sanjay Singh CSS
	Thomas J. Grichting Groupe Mutuel		Valeria Trachsel Visana

Das entwickelte Branchen-Framework regelt in elf generellen Grundsätzen die Definition, Bewertung und Abrechnung von Mehrleistungen

Grundsätze zur Definition von Mehrleistungen

- 1 Mehrleistungen werden im Vergleich zum Leistungsniveau der OKP des jeweiligen Leistungserbringers betrachtet. Eine Marktsicht wird wo nötig zur Verhinderung von Fehlanreizen oder systematischen Benachteiligungen in die Betrachtung integriert.
- 2 Mehrleistungen zwischen Leistungserbringern und einzelnen Versicherern differenzieren sich in die Kategorien klinische Leistungen, ärztliche Leistungen und Hotellerie/Komfort.
- 3 Eine Mehrleistung muss vertraglich definiert, erhebbar, bewertbar und nutzbar sein.
- 4 Ein Mehrleistungskatalog des Leistungserbringers zuhanden des einzelnen Versicherers (Vertragspartner eines einzelnen Spitals) bildet die Basis für die Bewertung, die Abrechnung und das Leistungs-Controlling.
- 5 Ärztliche Mehrleistungen werden nur auf klarer vertraglicher Basis vergütet. Die Entschädigung der ärztlichen Leistung in der OKP ist auf der Grundlage der stationären und ambulant anwendbaren Tarife abgegolten.

Grundsätze zur Bewertung von Mehrleistungen

- 6 Die Kriterien zur Bewertung von Mehrleistungen werden durch die einzelnen Versicherer festgelegt.
- 7 Mehrleistungen definieren sich auch über den Mehrwert am Patienten und nicht ausschliesslich 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.

Grundsatz zur Abrechnung von Mehrleistungen

- 10 Nur tatsächlich erbrachte Mehrleistungen/Mehrleistungspakete werden von Versicherern vergütet.

Grundsatz zur Zukunft von Mehrleistungen

- 11 Innovation zu Gunsten des Patientennutzens ist gewünscht. Trends wie «ambulant vor stationär» sind eine Chance für neue Mehrleistungsservices.

Die Versicherer setzen die neuen Standards bis Ende 2024 individuell um

Bis 12/2021

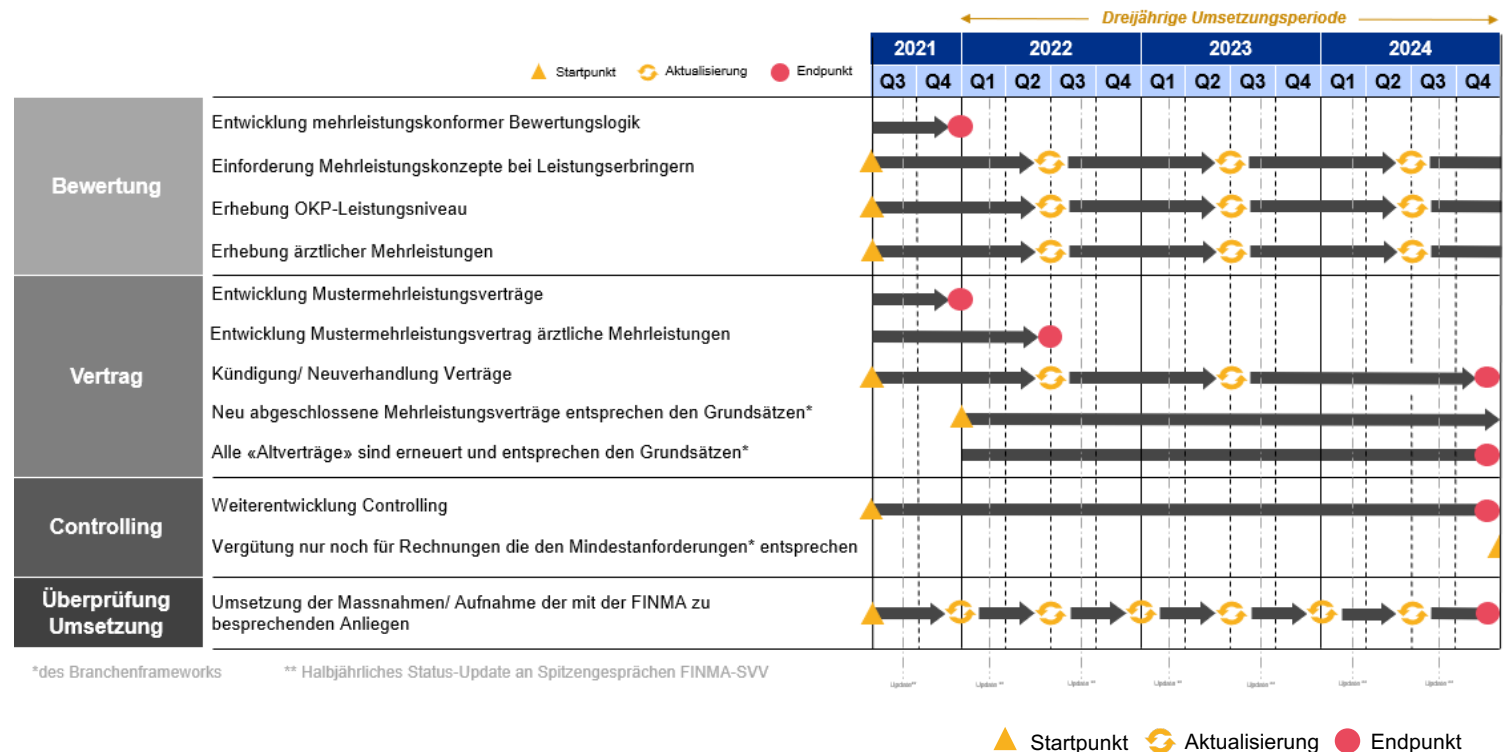
entwickeln die einzelnen Versicherer eine mehrleistungskonforme Bewertungslogik

Mit Wirkung ab 01/2022

werden nur noch Mehrleistungsverträge abgeschlossen, die den Grundsätzen des Branchen-Frameworks entsprechen

Spätestens bis 12/2024

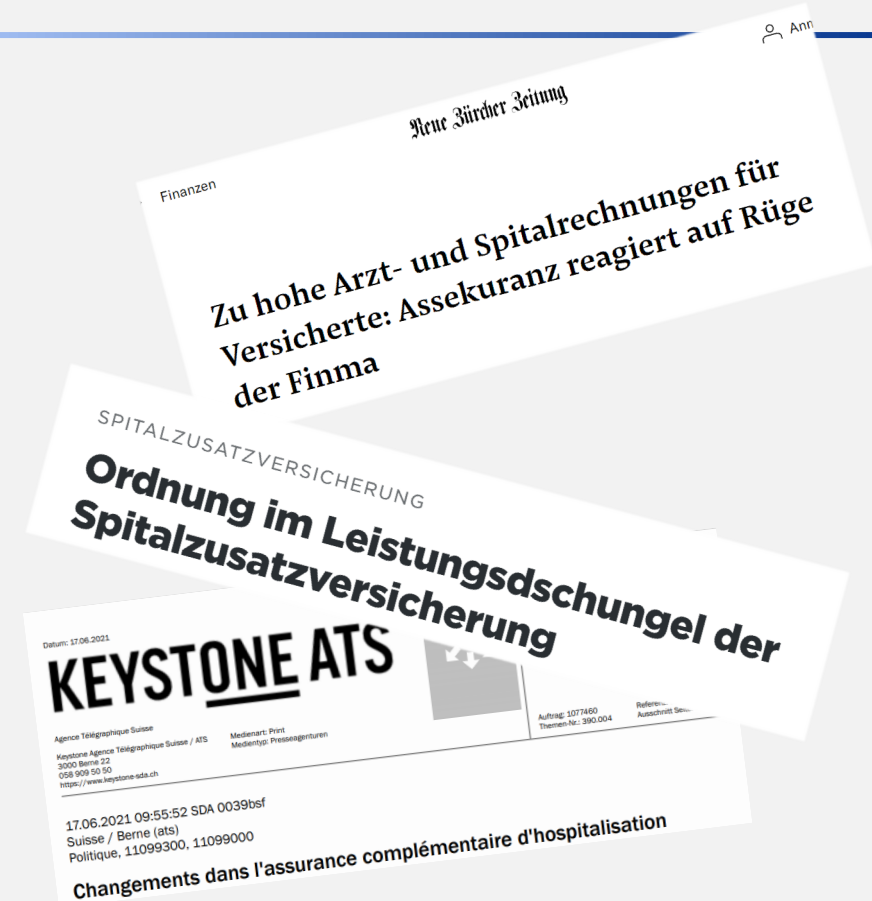
werden sämtliche bestehende Verträge gekündigt oder durch Mehrleistungsverträge ersetzt, die den Grundsätzen des Branchen-Frameworks entsprechen



Das Branchen-Framework ist entwickelt und wurde am 17. Juni 2021 kommuniziert – Positive Aufnahme in der Presse

Wo stehen wir heute?

- Verabschiedung der **elf Grundsätze** zur Steigerung der Nachvollziehbarkeit und Transparenz. Ergänzung der Grundsätze um **Erläuterungen, Abgrenzungen, Mindestanforderungen und Präzisierungen** zum **Branchen-Framework**. Daraus leiten sich die Abrechnungsgrundsätze ab.
- Entwicklung einer **Branchen-Roadmap** mit Commitment zur Umsetzung.
- **Validierung** mit Verbänden und Vertretern der **Leistungserbringer** an elf Gesprächen und Panels.
- **Kommunikation** des Branchen-Frameworks am 17. Juni 2021.
- **Fortsetzung** des Branchenprojekts **seit Juni 2021:**
 - **Weiterentwicklung** des Branchen-Frameworks zur Präzisierung von **ärztlichen Mehrleistungen: Vertragskonstrukte und Tarifmodelle**
 - Entwicklung von Ansätzen zum **Umgang mit älteren AVB**



Das Branchen-Framework ist entwickelt – Die Umsetzung ist auf Gesellschaftsebene gemeinsam mit den Leistungserbringern anzugehen

Wie geht es weiter?

Fortsetzung der Projektarbeiten



- **Fortsetzung der Projektarbeiten auf Branchenebene** zu den ärztlichen Mehrleistungen sowie Entwicklung von Ansätzen zum Umgang mit älteren AVB.
- Geplant ist ein **Abschluss im 4. Quartal 2021**. Zwischenerkenntnisse fließen bereits in die Gespräche mit Leistungserbringern ein.

Gesellschaftsspezifische Massnahmenpläne



- Umsetzung von **gesellschaftsspezifischen Massnahmenplänen**:
 - Einforderung von **Mehrleistungskatalogen** bei den Leistungserbringern
 - Entwickeln einer **mehrleistungskonformen Bewertungslogik**
 - **Bewertung der Leistungen anhand der Bewertungskonzepte**
 - **Überarbeitung der Mehrleistungsmusterverträge**
 - **Kündigung und Neuverhandlung der Mehrleistungsverträge** mit den Leistungserbringern
 - Weiterentwicklung des **Controllings**

Zusammenfassung: Das Branchen-Framework bringt Klarheit, Transparenz und Nachvollziehbarkeit in die Spitalzusatzversicherungen

1. Das Ziel der Branche sind **attraktive Zusatzversicherungen** zum Wohle der Kundinnen und Kunden.

2. Die Krankenzusatzversicherer bekennen sich zum **Wettbewerb** zwischen Leistungserbringern wie unter Krankenversicherern.

3. Das **Branchen-Framework** bringt **Klarheit, Transparenz und Nachvollziehbarkeit** in die wettbewerbsorientierte Zusatzversicherung.

4. Wettbewerb und Branchen-Framework legen die Basis zur **Weiterentwicklung mit innovativen medizinischen Leistungen**.

- **Die Umsetzung verlangt eine konstruktive, zielorientierte Zusammenarbeit.**
- **Bis heute ist das Projekt auf konstruktive Mitarbeit gestossen. Diese gilt es fortzusetzen.**



ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband – Association Suisse d'Assurances – Associazione Svizzera d'Assicurazioni – Swiss Insurance Association

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14 – Postfach – CH-8022 Zürich – Tel.+41 44 208 28 28 – info@svv.ch – svv.ch

Mehrleistungen sind in 5 Grundsätzen definiert – Gleiche Handhabung für klinische und ärztliche Leistungen sowie Hotellerie/Komfort

Grundsätze zur Definition von Mehrleistungen

- 1 Mehrleistungen werden im Vergleich zum Leistungsniveau der OKP des jeweiligen Leistungserbringers betrachtet. Eine Marktsicht wird wo nötig zur Verhinderung von Fehlanreizen oder systematischen Benachteiligungen in die Betrachtung integriert.
- 2 Mehrleistungen zwischen Leistungserbringern und einzelnen Versicherern differenzieren sich in die Kategorien klinische Leistungen, ärztliche Leistungen und Hotellerie/Komfort.
- 3 Eine Mehrleistung muss vertraglich definiert, erhebbar, bewertbar und nutzbar sein.
- 4 Ein Mehrleistungskatalog des Leistungserbringers zuhanden des einzelnen Versicherers (Vertragspartner eines einzelnen Spitals) bildet die Basis für die Bewertung, die Abrechnung und das Leistungs-Controlling.
- 5 Ärztliche Mehrleistungen werden nur auf klarer vertraglicher Basis vergütet. Die Entschädigung der ärztlichen Leistung in der OKP ist auf der Grundlage der stationären und ambulant anwendbaren Tarife abgegolten

Ad OKP

Die Erhebung des OKP-Leistungsniveaus (Grundversicherung) erfolgt auf Basis plausibilisierter *Vorschläge des einzelnen Spitals* zuhanden des einzelnen Versicherers und *beschreibt den OKP-Standard der jeweiligen Klinik* (nicht die OKP-Pflichtleistung gemäss KVG). Erst auf dieser Basis können die Mehrleistungen definiert werden, die über die Grundleistungen des einzelnen Spitals hinausgehen und welche durch die Grundversicherung (45:55 Versicherer und Kanton) schon gedeckt sind.

Ad Marktsicht

Die Marktsicht umfasst einen vom Versicherer erstellten Vergleich von unterschiedlichen OKP-Leistungsniveaus über verschiedene Leistungserbringer hinweg (z.B. in einer Region oder zwischen Leistungserbringern mit gleichen Leistungsaufträgen). So werden faire Vergleiche sichergestellt.

Die Kriterien zur Bewertung der Mehrleistungen legen die Versicherer fest und stellen die Basis für die Bewertungsmodelle dar

Grundsätze zur Bewertung von Mehrleistungen

- 6 Die Kriterien zur Bewertung von Mehrleistungen werden durch die einzelnen Versicherer festgelegt.
- 7 Mehrleistungen definieren sich auch über den Mehrwert am Patienten und nicht ausschliesslich 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.

Ad Bewertung durch den einzelnen Versicherer

Während die Definition des VVG-Mehrleistungskatalogs den Spitälern obliegt, erfolgt die Bewertung der Mehrleistungen durch die Versicherer. Diese entwickeln ihr eigenes Bewertungsmodell, das konsistent in der Bewertung von Mehrleistungen der verschiedenen Leistungserbringer angewendet wird. Es besteht kein Branchenmodell zur Bewertung von Mehrleistungen.

Ad unterschiedliche Bewertung gleichwertiger Mehrleistungen

Die Bewertungslogik stellt sicher, dass am jeweiligen Standort des Leistungserbringers identische Mehrleistungen durch den jeweiligen Versicherer grundsätzlich gleich bewertet werden. Unterschiedliche Bewertungen sind in nachvollziehbarer Form zu begründen. Wenn Halbprivat- und Privatpatienten dieselben Leistungen erhalten, ist auch derselbe Betrag zu verrechnen.

Ad Leistungspakete

Durch Mehrleistungspakete sollen Anreize zur Mengenausweitung und die Gefahr einer Doppelverrechnung vermieden werden. Mehrleistungspakete sind für alle relevanten Anspruchsgruppen verständlich zu formulieren.

Nur tatsächlich erbrachte Leistungen werden durch die Versicherer vergütet – Das Framework erlaubt die Abbildung innovativer Leistungen

Grundsatz zur Abrechnung von Mehrleistungen

10 Nur tatsächlich erbrachte Mehrleistungen/Mehrleistungspakete werden von Versicherern vergütet.

Grundsatz zur Zukunft von Mehrleistungen

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

Ad Vergütung von Mehrleistungspaketen

Damit ein Mehrleistungspaket vergütet werden kann, müssen Kernleistungen nachweislich geliefert worden sein. Deren Abrechnung hat mindestens folgende Elemente zu umfassen:

- 1) Zusammengeführter Ausweis aller erbrachten VVG-Leistungen inklusive aller ärztlichen Leistungen
- 2) Eine für den Patienten nachvollziehbare Leistungsbeschreibung
- 3) Verrechnete Preise, summiert pro Mehrleistungskategorie
- 4) DRG, Aufenthaltsdauer und Kostengewicht der OKP-Rechnung
- 5) Eindeutig zuweisbare Nennung der fallführenden/behandelnden Ärzte

Ad Innovation

Als innovative Leistungen können Diagnosemethoden und Therapien verstanden werden, die zielführend und medizinisch adäquat, aber noch nicht zum Standard geworden sind. Sie entsprechen Methoden, die im Sinne des KVG wirksam und zweckmässig sind. Sie erfüllen jedoch nicht die KVG-Bestimmungen der Wirtschaftlichkeit.

Methoden, die sich im Forschungsstadium befinden, können in der Zusatzversicherung nicht abgebildet werden.

Die wichtigsten Meilensteine auf dem Weg zur Umsetzung bis Ende 2024

Bis Dezember 2021 entwickeln die einzelnen Versicherer eine **mehrleistungskonforme Bewertungslogik**.

- Voraussetzung: Spitäler, deren mittel-/langfristige Strategie weiterhin auf Erträge mit zusatzversicherten Patientinnen und Patienten setzt, erstellen ihre **Mehrleistungskataloge** bzw. definieren ihren OKP-Standard und benennen die Mehrleistungen, die sie über den Basis-Standard hinaus anbieten wollen.
- Zudem ist eine **Präzisierung des Branchen-Frameworks** nötig, das die Vergütung von ärztlichen Mehrleistungen verbindlich regelt (**→ Vergütung von Belegärzten**).
- Parallel dazu sind Ansätze zum **Umgang mit älteren AVB** zu entwickeln.

Ab Januar 2022 werden nur noch **Mehrleistungsverträge der neuen Generation** abgeschlossen, die den Grundsätzen des Branchen-Frameworks entsprechen.

- Voraussetzung: **Versicherer und Spitäler finden sich** bei anstehenden Vertragserneuerungen schnell, um miteinander Lösungen für die gemeinsamen Kunden zu vereinbaren (Versicherte und Patienten).

Bis Ende 2024 müssen alle alten, **nicht mehr konformen Verträge ausser Kraft** gesetzt oder durch Mehrleistungsverträge der neueren Generation 2021ff. ersetzt sein.