ASA | SVV

Branchen-Framework zu «Mehrleistungen VVG»

Gemeinsames Massnahmenkonzept der Schweizer Krankenzusatzversicherer

17. Juni 2021

Die Krankenversicherungsbranche gestaltet die Mehrleistungen der Spitalzusatzversicherung verständlicher und für ihre Kundinnen und Kunden nachvollziehbarer. Unter dem Dach des Schweizerischen Versicherungsverbandes SVV ist hierzu ein Regelwerk erarbeitet und mit den Leistungserbringern abgeglichen worden. Bis Ende 2024 sollen die Grundsätze in allen Verträgen einer Spitalzusatzversicherung verankert sein.

Das Branchen-Framework umfasst elf «generelle Grundsätze» und ist in vier Kategorien unterteilt. Diese betrachten die Definition, Bewertung, Abrechnung und Zukunft der Mehrleistungen.

Das Branchen-Framework zu «Mehrleistungen VVG» als Download

Zusatz: Ärztliche Mehrleistungen als Download

Präambel

17. Juni 2021

Ausgangslage und Zielsetzung des Projekts

Es besteht Handlungsbedarf, im Bereich Spitalzusatzversicherung für mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu sorgen. In den vergangenen Jahren ist der Druck vonseiten Regulator, Politik und Öffentlichkeit auf den Spitalzusatzversicherungsmarkt laufend gestiegen. Das Staatssekretariat für Internationale Finanzfragen (SIF) hat am 2. September 2020 ein Grundlagenpapier publiziert – und die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (Finma) hat am 29. Oktober 2020 ihre Vorstellungen an eine Neuausrichtung formuliert.

Das Ziel der Branche sind wettbewerbsfähige, attraktive und den Bedürfnissen der Versicherten Rechnung tragende Produkte. Aus diesem Grunde hat der Schweizerische Versicherungsverband SVV in Abstimmung mit den CEOs seiner Mitgliedgesellschaften entschieden, im Branchenprojekt «Mehrleistungen VVG» die aktuellen Fragestellungen rund um die Krankenzusatzversicherung gemeinsam anzugehen.

Das Projektergebnis ist das vorliegende Branchen-Framework. Parallel dazu haben die Mitgliedgesellschaften schon begonnen, gesellschaftsspezifische Massnahmenpläne aufzusetzen beziehungsweise auszurollen.

Struktur und Zweck des Dokuments

Im vorliegenden Dokument werden die im Rahmen des Projekts erarbeiteten Grundsätze zu «Mehrleistungen VVG» (Mehrleistungen entsprechen dabei jeweils einzelnen oder paketierten Mehr- und Zusatzleistungen respektive Mehrwerten) ausgeführt. Die elf «generellen Grundsätze» sind in vier Kategorien unterteilt, die Definition, Bewertung, Abrechnung und Zukunft der Mehrleistungen betrachten. Um den Inhalt der Grundsätze zu konkretisieren, sind Erläuterungen und, wo nötig, Abgrenzungen, Mindestanforderungen und Präzisierungen definiert.

In der Roadmap werden die wichtigsten Meilensteine in der Umsetzung der Grundsätze aufgeführt.
Im Anhang sind alle Gesellschaften aufgelistet, die sich an der Umsetzung beteiligen. Die Nachführung der Liste unterliegt dem Schweizerischen Versicherungsverband SVV; die Versicherungsgesellschaften stehen dabei in der Pflicht, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Disclaimer

Bei der Erarbeitung des Branchen-Frameworks wurden alle wettbewerbsrechtlichen Vorgaben nach bestem Wissen und Gewissen berücksichtigt. Sämtliche Arbeiten des Schweizerischen Versicherungsverbands SVV und aller beteiligten Versicherer fanden innerhalb der erlaubten wettbewerbsrechtlichen Normen statt.

Weiter wird in diesem Dokument aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Grundsatz 1

17. Juni 2021

Grundsätze zur Definition von Mehrleistungen

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.

Erläuterung

- Die Erhebung des Leistungsniveaus der OKP erfolgt auf Basis plausibilisierter Vorschläge der Leistungserbringer zuhanden der einzelnen Versicherer, welche Grund[1]- und Mehrleistungen[2] in ausreichend hoher Granularität beschreiben und diese von Grundleistungen differenzieren (vgl. Grundsatz 6 zu Mehrleistungskatalog).
- Die einzelnen Versicherer können Marktvergleiche der unterschiedlichen OKP-Leistungsniveaus über verschiedene Leistungserbringer hinweg erheben. Diese können zur Abrundung bzw. Schärfung der Differenzierung von Mehrleistungen und Grundleistungen dienen, insbesondere, um Bevorzugungen bzw. Benachteiligungen von Leistungserbringern zu vermeiden.

Abgrenzung

- Es ist Aufgabe des einzelnen Leistungserbringers, das jeweilige OKP-Leistungsniveau sowie die Trennlinie zwischen Mehrleistungen und Grundleistungen aufzuzeigen. Es findet keine gemeinschaftliche Erhebung des OKP-Leistungsniveaus der Leistungserbringer durch die Versicherer statt.
- Es ist nicht Bestandteil dieses Projekts, den OKP-Preis zu beurteilen.

Mindestanforderungen

- **Fehlanreize oder systematische Benachteiligung verhindern:** Die Betrachtung von Mehrleistungen soll mindestens so erfolgen, dass Leistungserbringer mit überdurchschnittlich hohen bzw. überdurchschnittlich tiefen OKP-Leistungsniveaus weder bevor- noch benachteiligt werden.
- **Definition OKP-Leistungsniveau:** Die Berücksichtigung einer Marktsicht bei der Definition des OKP-Leistungsniveaus ist durch klar definierte Preisfindungsprozesse und diesbezügliches Benchmarking im OKP-Bereich gegeben.

Präzisierungen

- **Marktsicht:** Die Marktsicht umfasst einen vom Versicherer erstellten Vergleich von unterschiedlichen OKP-Leistungsniveaus über verschiedene Leistungserbringer hinweg (z.B. in einer Region; zwischen Leistungserbringern mit gleichen Leistungsaufträgen).
- **OKP-Leistungsniveau Vertragsspitäler:** Bei Vertragsspitälern, bei denen für Grundversicherte kein Zugang besteht, gilt bereits der Zugang als Mehrleistung (unter Berücksichtigung von Art. 49a Absatz 4 KVG).

[1] *Grundleistung: Grundleistungen umfassen das durchschnittliche Serviceangebot pro Klinik für OKP-Patienten und sind nicht gleichzusetzen mit OKP-Pflichtleistung gemäss KVG.*

[2] *Mehrleistung: Leistungen, die über das Leistungsniveau der OKP-Leistung hinausgehen.*

Grundsatz 2

17. Juni 2021

Grundsätze zur Definition von Mehrleistungen

Mehrleistungen zwischen Leistungserbringern und einzelnen Versicherern differenzieren sich in die Kategorien klinische Leistungen, ärztliche Leistungen sowie Hotellerie/Komfort.

Erläuterung

- Die Mehrleistungskataloge werden durch die Leistungserbringer strukturiert vorbereitet, um für die einzelnen Versicherer die Bewertung und Differenzierung von Mehrleistungen zu erleichtern und die Vergleichbarkeit verschiedener Kataloge von unterschiedlichen Leistungserbringern für einzelne Versicherer zu erhöhen.
- Beispiele von Mehrleistungen je Kategorie können sein (nicht abschliessend):

1. Klinische Leistungen: Insbesondere gelten organisatorische und prozessuale Leistungen mit kundenindividueller Aufenthaltsplanung wie zum Beispiel freie Terminwahl (Wunschtermin) und flexible Behandlungsplanung sowie freie Spitalwahl, individuelle Besuchszeiten, erweitertes Medikamenten- und Therapieangebot, Pflegezusatzleistungen etc.
2. Ärztliche Leistungen: freie Arztwahl, höhere Verfügbarkeit des Arztes, längere Visiten, Kombinationsleistungen ausserhalb OKP etc.
3. Hotellerie/Komfort: Menüwahl, Transport-Services, Zusatzleistungen[3] wie Parkplatz oder Wellness etc.

Mindestanforderungen

- **Personenbezogene und qualifikationsbezogene Arztwahl:** Der Versicherte wird bei der expliziten und der impliziten Auswahl des fallführenden Arztes sowie bei der gesonderten Patientenbetreuung miteinbezogen. Darüber hinaus kann der Patient bei der Zuweisung des fallführenden (Kader-)Arztes sein Veto ausdrücken. Die Aufklärung des Patienten wird vom Leistungserbringer dokumentiert.
- **Miteinbezug weiterer Ärzte:** Beim Einbezug weiterer Ärzte (neben dem fallführenden Arzt) soll der Patient informiert und der Vorgang dokumentiert werden. Darüber hinaus kann der Patient sein Veto ausdrücken.
- **Schnellerer/priorisierter Zugang:** Schnellerer und priorisierter Zugang zu medizinischen Leistungen – ohne medizinische Dringlichkeit – kann eine Mehrleistung sein, wenn diese über das Leistungsniveau der OKP hinausgeht.

Präzisierungen

- Definition klinische Leistung: Mehrleistungen im Bereich «klinische Leistungen» umfassen alle behandlungsbezogenen Leistungen in den Bereichen Pflege, Administration und weitere Betreuungsdienstleistungen, die nicht im Leistungsniveau der OKP eines jeweiligen Leistungserbringers enthalten sind. Die Mehrleistungen umfassen alle «Vorhalteleistungen» und ineffizient nutzbare Produktionsmittel der Leistungserbringer aufgrund des Versprechens, auf organisatorische und prozessuale Leistungen (kundenindividuelle Planung und Behandlungsabläufe) einzugehen. Dazu gehören unter anderem auch ein erweitertes Medikamenten- und Therapieangebot sowie Pflegezusatzleistungen.
- Definition ärztliche Leistung: Mehrleistungen im Bereich «ärztliche Leistungen» umfassen alle im Rahmen der beruflichen Tätigkeit eines Arztes anfallenden Untersuchungs- und Behandlungsleistungen, die über das Leistungsniveau der OKP eines jeweiligen Leistungserbringers hinausgehen, sowie Leistungen, die die Auswahl des fallführenden Arztes ermöglichen.
- Definition Hotellerie/Komfort: Mehrleistungen im Bereich «Hotellerie/Komfort» umfassen Leistungen ohne direkten medizinischen bzw. therapeutischen Bezug im Zusammenhang mit Hotellerie, Gastronomie und Komfort, die über das Leistungsniveau der OKP eines jeweiligen Leistungserbringers hinausgehen.

[3] *Zusatzleistung: Leistungen, die nur VVG-Patienten in Anspruch nehmen können und die nicht mit einer OKP-Leistung in Verbindung stehen.*

Grundsatz 3

17. Juni 2021

Grundsätze zur Definition von Mehrleistungen

Eine Mehrleistung muss vertraglich definiert, erhebbar, bewertbar und nutzbar sein.

Erläuterung

- Alle Typen von Mehrleistungen werden in einem Mehrleistungsvertrag zwischen dem einzelnen Leistungserbringer und dem Versicherer dokumentiert: Die vertragliche Definition legt Inhalt und Umfang der Mehrleistungen derart fest, dass die Bewertbarkeit von Leistungen und die Überprüfung der Leistungserbringung ermöglicht werden.

Abgrenzung

- Instrumente zur Messung und Bewertung von Mehrleistungen werden von den einzelnen Versicherern entwickelt.

Mindestanforderungen

- **Elemente des Mehrleistungsvertrags:** Ein Mehrleistungsvertrag regelt zur Unterstützung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Minimum die folgenden Elemente:

1. Mehrleistungskatalog (vgl. Grundsatz 4) inklusive Beschreibung von Kernleistungen[4] im Rahmen von Leistungspaketen (vgl. Grundsatz 9)
2. Verpflichtungen der Vertragsparteien gegenüber Patienten/Kunden
3. Governance-Anforderungen an Leistungserbringer: z.B. Anforderungen an Transparenz, internes Controlling oder Dokumentations- und Nachweispflichten im Rahmen der Leistungserbringung
4. Vertragsanpassungen/Kündigung: z.B. bei Änderung des Leistungsangebots aufseiten des Leistungserbringers
5. Datenaustausch: z.B. Regelung zu Format und verfügbarer Zeit zur Übermittlung von Daten im Rahmen von Kontrollen
6. Elektronische Rechnungsstellung
7. Sanktionen: z.B. bei Nichterfüllung der vertraglich definierten Leistungen
8. Struktur und Kernelemente der Abrechnung (vgl. Grundsatz 9)
9. Versand einer Rechnungskopie an Patienten/Kunden

Präzisierungen

- **Nutzbarkeit von Mehrleistungen:** Als «nutzbar» qualifizieren sich nur Angebote, die einem Patienten zum entsprechenden Zeitpunkt zur Verfügung stehen und aufgrund der medizinischen Gegebenheiten tatsächlich nutzbar sind – dies umfasst auch Optionen/«Vorhalteleistungen»[5], unabhängig davon, ob diese vom Patienten tatsächlich genutzt werden.

[4] *Kernleistung: Vertraglich definierte Leistung, die mindestens erbracht werden muss, damit ein Leistungspaket vergütet wird.*

[5] *Der Begriff «Vorhalteleistung» hat sich neben der OKP auch in der Zusatzversicherung nach VVG etabliert. Damit gemeint sind Leistungen, die den Patientinnen und Patienten während des Aufenthalts zur Verfügung stehen, jedoch nicht effektiv beansprucht werden (z. B. Hallenbad oder Weinkeller). Solche Vorhalteleistungen werden folglich auch ohne Nutzung vergütet.*

Grundsatz 4

17. Juni 2021

Grundsätze zur Definition von Mehrleistungen

Ein Mehrleistungskatalog des Leistungserbringers zuhanden des einzelnen Versicherers bildet die Basis für die Bewertung, die Abrechnung und das Leistungs-Controlling.

Erläuterung

- Der Mehrleistungskatalog wird in standardisierter, gemeinsam mit dem Versicherer plausibilisierter Struktur (vgl. Grundsatz 2) durch den jeweiligen Leistungserbringer zusammengestellt und dem einzelnen Versicherer verfügbar gemacht. Die ausgewiesenen Mehrleistungen werden durch die Versicherer geprüft.
- Mehrleistungen werden im Mehrleistungskatalog in ausreichend hoher Granularität beschrieben, sodass eine Differenzierung zwischen den Grundleistungen der OKP und den Mehrleistungen nach VVG mög-lich wird und eine Abschätzung hinsichtlich Erhebbarkeit, Bewertbarkeit und Nutzbarkeit erfolgen kann.

Abgrenzung

- Die Bewertung/Bepreisung von Mehrleistungen auf Basis eines Mehrleistungskatalogs erfolgt durch den einzelnen Versicherer und dessen Verhandlung mit dem Leistungserbringer.

Mindestanforderungen

- **Mehrleistungskatalog:** Ein Mehrleistungskatalog enthält mindestens die folgenden Elemente:

1. Differenzierung der Leistungen in «OKP» und «VVG»
2. Definition der Bedeutung von Mehrleistungen (Kernleistung, Option/«Vorhalteleistung», Zusatzleistung)
3. Definition von Preis und Dauer der Mehrleistung/Leistungspaket

- **Controlling:** Entlang der im Mehrleistungskatalog definierten Leistungen soll festgehalten werden, welches Format der Rechnung respektive Dokumentation mindestens nötig ist, um ein effektives Controlling durch den Versicherer zu ermöglichen.

Präzisierungen

- **Medizinische Querschnittsfunktionen:** Mehrleistungen im Bereich der medizinischen Querschnitts-funktionen (z. B. Notfall, Anästhesie, bildgebende Verfahren) werden ebenfalls im Mehrleistungskatalog beschrieben, von Grundleistungen abgegrenzt und den entsprechenden Mehrleistungskategorien zugeordnet.

Grundsatz 5

17. Juni 2021

Grundsätze zur Definition von Mehrleistungen

Ärztliche Mehrleistungen werden auf klarer vertraglicher Basis vergütet – die Entschädigung der ärztlichen Leistung in der OKP ist auf Grundlage der stationären und der ambulant anwendbaren Tarife abgegolten.

Erläuterung

- Die Entschädigung für ärztliche Leistungen im Bereich Spitalzusatzversicherung bezieht sich nur auf Mehrleistungen (Bottom-up-Entschädigung).
- VVG-Mehrleistungen werden auf einer separaten Rechnung (getrennt von OKP-Leistungen) verrechnet, die deklariert, dass es sich um Mehrleistungen handelt, die über die OKP-Leistungen hinausgehen (keine Gesamtrechnungen OKP/VVG).

Abgrenzungen

- Die Entschädigung für ärztliche Leistungen in der OKP ist auf der Grundlage der stationären und der ambulant anwendbaren Tarife abgegolten. Der Rechnungssteller entschädigt die Ärzte für diese Leistungen aus der OKP.

Mindestanforderungen

- **Vertragliche Regelung:** Basis für ärztliche Mehrleistungen ist eine klare vertragliche Regelung. Verträge haben den Grundsätzen dieses Branchen-Frameworks zu entsprechen.
- **Vergütung von Arzthonoraren:** Die Vergütung von Arzthonoraren muss den Anforderungen des Branchen-Frameworks entsprechen.

Präzisierungen

- **Kostengutsprache:** Im Einzelfall ist eine Kostengutsprache für Arzthonorare einzuholen.

Grundsatz 6

17. Juni 2021

Grundsätze zur Bewertung von Mehrleistungen

Die Kriterien zur Bewertung von Mehrleistungen werden durch die einzelnen Versicherer festgelegt.

Erläuterung

- Die Entwicklung und die Ausgestaltung der Logik, der Mechanik und der Kriterien zur Bewertung von Mehrleistungen sind Aufgabe der einzelnen Versicherer.
- Die Erhebung der zur Bewertung benötigten Daten erfolgt im Rahmen der Grundsätze des vorliegenden Branchen-Frameworks.
- Es wird kein Branchenmodell zur Bewertung von Mehrleistungen, sondern ein grundsatzbasiertes Vorgehen entwickelt, das die Ausgestaltung von Bewertungsmodellen den einzelnen Versicherern überlässt.
- Die einzelnen Versicherer entwickeln ihr eigenes Bewertungsmodell, das konsistent in der Bewertung von Mehrleistungen der verschiedenen Leistungserbringer angewendet wird.

Mindestanforderungen

- Keine Mindestanforderungen

Präzisierungen

- Keine Präzisierungen

Grundsatz 7

17. Juni 2021

Grundsätze zur Bewertung von Mehrleistungen

Mehrleistungen definieren sich auch über den Mehrwert am Patienten und nicht ausschliesslich über allfällige Mehrkosten.

Erläuterung

- Mehrleistungen orientieren sich an den Bedürfnissen des Patienten und generieren dann einen Mehrwert[6], wenn sie im Verhältnis zu den Grundleistungen einen durch den Patienten empfundenen Mehrwert generieren.
- Neben den Mehrwerten für die Patienten wird die Kostenseite für die Bereitstellung der Mehrleistungen in der Betrachtung ebenfalls berücksichtigt. Dies gilt sowohl für direkte als auch für indirekte Aufwände:

1. Direkte Aufwände enthalten den effektiven Mehrwert.
2. Indirekte Aufwände umfassen das Bereitstellen von Mehrleistungen, die vom Patienten optional in Anspruch genommen werden können.

Mindestanforderungen

- Keine Mindestanforderungen

Präzisierungen

- **Mehrwert am Patienten:** Für eine betriebswirtschaftliche Bewertung ist keine ausschliessliche Argu¬men-tation über Mehrkosten, sondern eine ausgewogene Betrachtung unter Einbezug des effektiv erbrachten Mehrwerts am Patienten heranzuziehen (wie zum Beispiel Zugang zu grösserer Auswahl an Ärzten oder Spitälern, individuell gestaltbare Visiten- und Besuchszeiten).

[6] *Mehrwert: Der Mehrwert einer Mehrleistung übersteigt den Wert einer Grundleistung eines entsprechenden Leistungserbringers bzw. stellt als eigenständige Leistung den Mehrwert dar.*

Grundsatz 8

17. Juni 2021

Grundsätze zur Bewertung von Mehrleistungen

Unterschiede in der Bewertung von gleichwertigen Mehrleistungen müssen klar begründbar sein.

Erläuterung

- Die Bewertungslogik wird so entwickelt, dass identische Mehrleistungen beim gleichen Leistungserbringer am jeweiligen Standort durch den jeweiligen Versicherer grundsätzlich gleich bewertet werden – unterschiedliche Bewertungen müssen in nachvollziehbarer Form begründet werden. Das heisst, wenn Halbprivat- und Privatpatienten dieselben Leistungen erhalten, soll auch derselbe Betrag verrechnet werden.

Abgrenzung

- Die Entwicklung und die Ausgestaltung der Bewertungslogik obliegen den einzelnen Versicherern.

Mindestanforderungen

- **Bewertungsunterschiede:** Unterschiede in der Bewertung der Mehrleistung können durch Unterschiede in der Region, der Fachrichtung oder der Erfahrung des Arztes oder im Leistungsauftrag des Spitals begründet werden (nicht abschliessend).

Präzisierungen

- **Bewertungsergebnisse:** Die Bewertungsergebnisse können zwischen den Versicherern variieren.

Grundsatz 9

17. Juni 2021

Grundsätze zur Bewertung von Mehrleistungen

Die Bewertung von Mehrleistungen erfolgt in der Regel auf Basis von Leistungspaketen und nicht auf Basis von Einzelleistungen.

Erläuterung

- Durch Mehrleistungspakete sollen Anreize zur Mengenausweitung und die Gefahr einer Doppelverrechnung vermieden werden.
- Mehrleistungspakete sind so zu strukturieren, dass sie für alle relevanten Anspruchsgruppen verständlich beschrieben sind – eine Referenz auf die jeweiligen Einzelleistungen im Mehrleistungs¬paket ist erstrebenswert.
- Es besteht weiterhin die Möglichkeit, Einzelleistungen abzurechnen.

Abgrenzung

- Die effektive Ausgestaltung und die vertragliche Verhandlung von Leistungspaketen sowie von Einzelleistungen obliegen dem einzelnen Versicherer.

Mindestanforderungen

- Keine Mindestanforderungen

Präzisierungen

- **Einheitliche Bezeichnung:** Zur Verbesserung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit werden Leistungen und Leistungspakete gemäss Mehrleistungsvertrag eindeutig bezeichnet.

Grundsatz 10

17. Juni 2021

Grundsätze zur Abrechnung von Mehrleistungen

Nur tatsächlich erbrachte Mehrleistungen/Mehrleistungspakete werden von Versicherern vergütet.

Erläuterung

- Grundsätzlich kann eine Vergütung nur dann stattfinden, wenn der gemäss Anforderungen des Branchen-Frameworks definierte Kern der Mehrleistungen/Mehrleistungspakete auch effektiv erbracht wurde.
- Effektiv erbrachte Mehrleistungen und Rechnungen sind inhaltlich zu synchronisieren.

Abgrenzung

- Die effektive Ausgestaltung und die vertragliche Verhandlung von Mehrleistungen/Mehrleistungspaketen obliegen dem einzelnen Versicherer.
- Die Ausgestaltung der Kernleistungen innerhalb von Leistungspaketen obliegt dem einzelnen Versicherer.

Mindestanforderungen

- Vergütung von Mehrleistungspaketen: Damit ein Mehrleistungspaket vergütet wird, müssen Kern-leistungen, die im Mehrleistungsvertrag definiert werden, nachweislich geliefert worden sein.
- Rechnung: Das Format einer Abrechnung soll mindestens folgende Elemente beinhalten:

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

Präzisierungen

- **Rechnungskopie an den Patienten:** Die in Rechnung gestellten Mehrleistungen müssen vom Leistungserbringer in Form einer Rechnungskopie an den Patienten übermittelt werden.

Grundsatz 11

17. Juni 2021

Grundsätze zur Zukunft von Mehrleistungen

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

Erläuterung

- Innovationen bestehen in Bezug auf die Methode der Diagnose, die Therapie- und Behandlungsform und die Operationstechnik.
- Die Veränderung der Zusatzversicherung soll so erfolgen, dass der Wettbewerb zwischen einzelnen Versicherern und zwischen den Leistungserbringern weiterhin gewährleistet ist.
- Das Potenzial für neue Mehrleistungen soll zugunsten der Patienten genutzt werden.
- Neuen Mehrleistungen und Mehrleistungspaketen soll aktiv zu einer Marktpositionierung verholfen werden.
- Bei der Veränderung ist darauf zu achten, dass historische Hinderungsgründe für Innovation zugunsten des Patientennutzens nach Möglichkeit ausgeräumt und neue Hinderungsgründe nach Möglichkeit vermieden werden.

Mindestanforderungen

- **Innovationen im Forschungsstadium:** Es werden keine Innovationen über die Zusatzversicherung abgebildet, die sich im Stadium der Forschung befinden.
- **Wirksamkeit und Zweckmässigkeit:** Innovative Mehrleistungen entsprechen Methoden, die im Sinne des KVG wirksam und zweckmässig sind. Sie liegen über dem Standard der OKP und entsprechen nicht den KVG-Bestimmungen der Wirtschaftlichkeit.

Präzisierungen

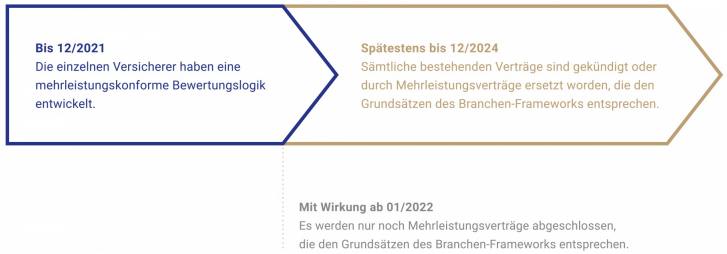
- **Innovative Leistungen:** Als innovative Leistungen können Diagnosemethoden und Therapien verstanden werden, die zielführend und medizinisch adäquat sind, aber noch nicht zum Standard geworden sind.

Roadmap zur Umsetzung

17. Juni 2021

In der folgenden Roadmap sind die drei wichtigsten Meilensteine für die Umsetzung der Grundsätze aufgeführt. Diese drei Meilensteine sind von den Gesellschaften einzuhalten.

Roadmap



Diese drei Meilensteine sind von den Gesellschaften einzuhalten.

Partizipierende Gesellschaften

17. Juni 2021

Die Unterzeichnenden bekennen sich zu den vorliegenden elf «generellen Grundsätzen».

- Ruedi Bodenmann, CEO, Assura SA
- Nikolai Dittli, CEO, Concordia Versicherungen AG
- Philomena Colatrella, CEO, CSS Versicherung AG und Intras Versicherung AG
- Thomas Boyer, CEO, Groupe Mutuel Assurances
- Roman Sonderegger, CEO, Helsana Zusatzversicherungen AG
- Sergio Pradera, CEO, Innova Versicherungen AG
- Reto Egloff, CEO, KPT Versicherungen AG
- Stefan Schena, CEO, ÖKK Versicherungen AG
- Andreas Schönenberger, CEO, Sanitas Krankenversicherung
- Felix Waldmeier, Geschäftsführer, Stiftung Krankenkasse Wädenswil
- Reto Dahinden, CEO, Swica Krankenversicherung AG
- Michael Willer, CEO, Sympany Versicherungen AG
- Angelo Eggli, CEO, Visana Versicherungen AG

Weitere partizipierende Gesellschaften

- Agrisano Versicherungen AG
- Aquilana Versicherungen
- Atupri Gesundheitsversicherung
- AXA Versicherungen AG
- EGK Privatversicherungen AG
- Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg
- Krankenkasse Luzerner Hinterland
- Krankenkasse SLKK
- Rhenusana
- Sodalis Gesundheitsgruppe
- Sumiswalder KK

Die Koordination der Nichtmitglieder erfolgte verdankenswerterweise durch Santésuisse.