

ZUSATZ ZUM BRANCHEN-FRAMEWORK «MEHRLEISTUNGEN VVG» – ÄRZTLICHE MEHRLEISTUNGEN

Gültig ab November 2021

Das vorliegende Dokument vertieft das Branchen-Framework «Mehrleistungen VVG» (Juni 2021), präzisiert einzelne Grundsätze im Bereich der ärztlichen Mehrleistungen¹ sowie der Rechnungsstellung und formuliert Erwartungen an die Vertragspartner (Leistungserbringer und Krankenzusatzversicherer).

1 Anforderungen an Tarifmodelle für ärztliche Mehrleistungen

Es wurden acht Anforderungen formuliert, um Tarifmodelle auf ihre Konformität zum Branchen-Framework zu überprüfen, diese Anforderungen sind zur Erreichung der Konformität zwingend zu erfüllen.

1. Deklaration Mehrleistungen: Es ist klar deklariert, dass es sich um eine ärztliche Mehrleistung handelt, die über die OKP-Leistung hinausgeht.
2. Effektive ärztliche Mehrleistung: Es werden nur Leistungen verrechnet, welche in die Kategorie ärztliche Mehrleistungen fallen.
3. Ausreichende Granularität: Die ärztliche Mehrleistung ist mit ausreichender Granularität beschrieben.
4. Leistungspakete: Die Verrechnung der ärztlichen Mehrleistungen erfolgt in der Regel auf Basis von Leistungspaketen und nicht auf Basis von Einzelleistungen.
5. Unterscheidung HP/P: Wenn Halbprivat- und Privatpatienten dieselben ärztlichen Mehrleistungen erhalten, wird auch derselbe Betrag verrechnet.
6. Tatsächlich erbrachte Mehrleistung: Es werden nur tatsächlich erbrachte ärztliche Mehrleistungen/ Mehrleistungspakete verrechnet.
7. Nachweis ausführender Arzt: Es ist ausgewiesen, durch wen die ärztliche Leistung erbracht wurde.
8. Nachvollziehbare Bewertung: Die ärztlichen Mehrleistungen sind auf einer transparenten und nachvollziehbaren Grundlage bewertet.

Zum aktuellen Zeitpunkt (November 2021) erfüllt kein Tarifmodell alle Anforderungen. Jedoch soll den Vertragspartnern die Möglichkeit gegeben werden, ihre Modelle in Bezug auf die Konformität mit dem Branchen-Framework bis Ende 2023 anzupassen. In der Übergangszeit schliessen die Krankenzusatzversicherer nur zeitlich begrenzte Verträge ab. Es ist an den Vertragspartnern aufzuzeigen, mit welchen Aktivitäten und Zwischenschritten sie das Ziel der Konformität mit dem Branchen-Framework erreichen werden.

2 Mehrleistungsverträge

Das Branchen-Framework «Mehrleistungen VVG» der Schweizer Krankenzusatzversicherer bildet die Basis für VVG-Mehrleistungsverträge.

¹ Siehe insbesondere Grundsatz 5 des Branchen-Frameworks: «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.»

Im Zielbild werden konforme Vertragsverhältnisse für die Abrechnung von VVG-Mehrleistungen angestrebt, die den Grundsätzen des Branchen-Frameworks entsprechen und in einer der beiden folgenden Vertragsvarianten gehalten sind:

- **«Ein Vertrag zwischen dem Krankenzusatzversicherer und dem leistungserbringenden Spital»:** In diesem Vertrag wird das Verhältnis zwischen Krankenzusatzversicherer, Spital und Belegarzt umfassend und abschliessend geregelt.
- **«Rahmenvertrag mit Spital und Anschlussvertrag mit Belegarzt»:** Der Rahmenvertrag zwischen Krankenzusatzversicherer und Spital regelt die Eckwerte; die Anschlussverträge regeln weitere Details wie z. B. Preise.

Im Zielbild werden Rechnungen nur noch bei vorhandenem, dem Branchen-Framework entsprechenden Vertrag vergütet. Während der Übergangszeit gilt es, mit den Vertragspartnern einen geeigneten Weg zu finden, um das Zielbild zu erreichen.

3 Mindestanforderungen an die Rechnungsstellung

Im Branchen-Framework wurden unter Grundsatz 3 und Grundsatz 10 Prinzipien zur Rechnungsstellung definiert. Ergänzend zu beiden Prinzipien wurden weitere Präzisierungen für die Krankenzusatzversicherer, Spitäler und Belegärzte vorgenommen.

Grundsatz 3

- Die Rechnungsstellung erfolgt in der Regel elektronisch

Grundsatz 10

Das Format einer Abrechnung soll mindestens folgende Elemente beinhalten:

- Ausweis aller erbrachten VVG-Leistungen inklusive aller ärztlichen Leistungen

Präzisierung: Sämtliche VVG-Leistungen (ärztliche-, klinische- und Hotellerie/ Komfort Mehrleistungen) werden vorzugsweise nach dem System «Tiers Payant» in Rechnung gestellt und akzeptiert. Single Invoice wird angestrebt.

- Eine für den Patienten nachvollziehbare Leistungsbeschreibung

Präzisierung: Eine nachvollziehbare Leistungsbeschreibung beinhaltet (sofern anwendbar im konkreten Fall):

- Mehrleistungen Hotellerie/ Komfort
- Klinische Mehrleistungen
- Ärztliche Mehrleistungen
- Freie Spitalwahl
- Ausserkantonale Spitalwahl

- Eindeutig zuweisbare Nennung der fallführenden/ behandelnden Ärzte

Präzisierung: Werden ärztliche Mehrleistungen abgerechnet, ist namentlich aufzuführen, durch welchen Arzt die jeweilige Leistung erbracht wurde.