

RECHNUNGSKONTROLLE 2016 BEI KRANKENVERSICHERERN: NUTZEN UND KOSTEN



IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich: Gesundheit

Bericht | 04.07.2018



IMPRESSUM

AUFTRAGGEBERIN

santésuisse | Abteilung Grundlagen | Römerstrasse 20 | 4502 Solothurn

Ansprechpersonen:

Cornelia Meier | Projektleiterin Grundlagen | cornelia.meier@santesuisse.ch | +41 32 625 42 86

Dr. Christoph Kilchenmann | Abteilungsleiter Grundlagen | christoph.kilchenmann@santesuisse.ch | +41 32 625 42 98

AUFTRAGNEHMERIN

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel | Solothurnerstrasse 94 | 4053 Basel

www.gesundheit.iwsb.ch | gesundheit@iwsb.ch | +41 61 281 21 21

AUTOREN

Dr. Markus Gmünder	Projektleitung	IWSB
Nils Braun-Dubler	Qualitätssicherung	IWSB
Manuel Langhart	Projektbearbeitung	IWSB
Dr. Stefan Meyer	Projektbearbeitung	IWSB

HINWEIS ZUR VERWENDUNG

Die Studie darf zu kommerziellen Zwecken nicht kopiert oder in einer anderen Form reproduziert werden. Bei der Verwendung der Daten aus der Studie ist die Quelle korrekt zu zitieren und wir bitten um Zustellung eines Belegexemplars (gesundheit@iwsb.ch).

ZITIERVORSCHLAG

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel (2018): Rechnungskontrolle 2016 bei Krankenversicherern: Nutzen und Kosten. Umfrage im Auftrag von santésuisse.

ANMERKUNGEN

Der Bericht gibt die Auffassung der Autoren wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen der Auftraggeberin übereinstimmen muss.

Zur besseren Lesbarkeit und Vermeidung sprachlicher Schwerfälligkeit wird im vorliegenden Bericht nur die männliche Form verwendet. Die entsprechenden Begriffe beziehen sich jeweils auf beide Geschlechter.



INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS.....	I
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	II
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	III
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 HINTERGRUND DER UMFRAGE	1
1.2 ZIELSETZUNGEN	1
2 METHODISCHES VORGEHEN: SANTÉSUISSE-MITGLIEDERUMFRAGE	2
2.1 DATENERHEBUNG	2
2.2 RÜCKLAUF UND PLAUSIBILISIERUNG	2
2.3 POSTSTRATIFIZIERUNG UND HOCHRECHNUNG	3
3 BEFRAGUNGSERGEBNISSE	4
3.1 EINGEGANGENE RECHNUNGEN UND RECHNUNGSSUMMEN	4
3.2 EINSPARUNGEN UND KOSTEN AUFGRUND DER RECHNUNGSKONTROLLE.....	4
3.3 MÖGLICHE OPTIMIERUNGEN BEI DER RECHNUNGSKONTROLLE.....	7
3.4 IDEEN FÜR GESETZESANPASSUNGEN.....	9
4 FOLGERUNGEN UND AUSBLICK	10
A ANHANG 1: FRAGEBOGEN.....	12
B ANHANG 2: BEGLEITSCHREIBEN.....	20



ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abb. 1	Einsparungen durch Rechnungskontrolle OKP & VVG 2016	5
Abb. 2	Einsparungen durch Rechnungskontrolle nur OKP 2016	5
Abb. 3	Kosten der Rechnungskontrolle (OKP) 2016	6
Abb. 4	Leistungserbringer mit überdurchschnittlichem Anteil beanstandeter Rechnungen 2016	7
Tab. 1	Rücklauf auf Gruppenebene	3
Tab. 2	95%-Konfidenzintervall der Bruttoleistungen in Mrd. Franken	4



ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AL	Analysenliste
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
ZSR	Zahlstellenregister



1 EINLEITUNG

1.1 HINTERGRUND DER UMFRAGE

Eine der wichtigsten Aufgaben der Krankenversicherer ist die **Rechnungskontrolle**. Hier besteht im stark regulierten Gesundheitsmarkt eine Wettbewerbssituation und damit auch ein grosser Hebel, über den sich die Krankenversicherer differenzieren und positionieren können. Grundsätzlich haben die Krankenversicherer dabei grosses Eigeninteresse, (i) eine effiziente Kontrolle der Rechnungen vorzunehmen und (ii) nur jene Leistungen zu vergüten, welche gesetzlich im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bzw. bei den Zusatzversicherungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgegeben sind.

Eine exakte Rechnungskontrolle seitens der Krankenversicherer trägt dazu bei, dass sich die dabei resultierenden Einsparungen auf das Wachstum der **Gesundheitskosten** bzw. der **Prämien dämpfend auswirken**. Diesem Aspekt kommt auch seitens des Bundes im Zuge der Anstrengungen, die steigenden Gesundheitskosten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abbremsen zu können, grosse Bedeutung zu. So sollen gemäss Beschluss des Bundesrates vom 28. März 2018¹ auf Grundlage des Expertenberichts von 2017² zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter anderem die folgenden beiden Massnahmen geprüft werden:

- **Rechnungskontrolle stärken (M09):** Krankenversicherer sind angehalten, eine systematischere Leistungskontrolle und Rechnungsprüfung vorzunehmen. Dadurch sollen fehlbare Leistungserbringer finanziell zur Rechenschaft gezogen werden können.
- **Unabhängige Rechnungskontrollbehörde (M35):** Bleibt die gewünschte Wirkung der Massnahme M09 aus, ist die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde einzuleiten. Diese soll durch eine Bündelung der bereits heute von den Krankenversicherern eingesetzten Ressourcen eine effizientere Rechnungskontrolle gewährleisten. Auch könnten die Krankenversicherer freiwillig eine unabhängige Kontrollbehörde ins Leben rufen.

Angesichts dieser Ausgangslage möchte **santésuisse** als die führende Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer der **Frage** nach Wirkung und Aufwand der **Rechnungskontrolle vertieft nachgehen**. Dies, um einerseits Kenntnisse darüber zu erhalten, wie sich die gegenwärtige Situation bezüglich Rechnungskontrolle präsentiert und andererseits um Aufschluss darüber zu erhalten, welche Anstrengungen seitens der Krankenversicherer bereits heute unternommen werden. Dabei ist das Ziel von **santésuisse**, sowohl Fachkreisen wie auch der Öffentlichkeit bessere Informationen und erste Lösungsansätze zu dieser Problematik zur Verfügung stellen zu können.

Zu diesem Zweck hat **santésuisse** das Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB) als unabhängige Stelle beauftragt, unter ihren Mitgliedern eine **Umfrage** durchzuführen. Die Umfrage soll Aufschluss darüber geben, wie die einzelnen Krankenversicherer die Rechnungskontrolle handhaben und was die damit verbundenen Probleme und Verbesserungspotenziale sind.

1.2 ZIELSETZUNGEN

Ausgehend von diesem Hintergrund soll als **übergeordnetes Ziel** die **Rechnungskontroll-Performance** auf Basis der Online-Umfrageergebnisse der einzelnen Krankenversicherer für die Gesamtbranche **berechnet**

¹ Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Erste Massnahmen, die geprüft werden. Vgl. www.bag.admin.ch → Themen → Versicherungen → Krankenversicherung → Kostendämpfung.

² Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Bericht der Expertengruppe. Vgl. www.bag.admin.ch → Themen → Versicherungen → Krankenversicherung → Kostendämpfung.



werden. Eine wesentliche Prämisse ist dabei, dass die Ergebnisse ausschliesslich aggregiert ausgewiesen und zugänglich gemacht werden, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Krankenversicherer möglich sind. Daraus abgeleitet gilt es mit der Umfrage bzw. dem vorliegenden Bericht folgende **Teilfragestellungen** zu beantworten:

- 1 In welchem Umfang nehmen die Krankenversicherer heute Rechnungskontrollen vor (Anzahl Rechnungen, Rechnungshöhe etc.)?
- 2 Wie hoch fallen die Einsparungen aufgrund der Rechnungskontrolle aus?
- 3 Wie hoch würde die geschätzte Prämienerrhöhung ohne Rechnungskontrolle ausfallen?
- 4 Wie viele und welche Ressourcen werden zur Rechnungskontrolle eingesetzt?

2 METHODISCHES VORGEHEN: SANTÉSUISSE-MITGLIEDERUMFRAGE

2.1 DATENERHEBUNG

Zur Beantwortung der in Kap. 1.2 aufgeführten Fragestellungen wurde zunächst ein Fragebogen³ entworfen, den santésuisse bereits vorgängig mit einer Gruppe von Krankenversicherern diskutiert und auf seine Praktikabilität hin geprüft hatte. Die Fragen zu den Kosten der Rechnungskontrolle wurden noch verfeinert und mittels Filterfragen für alle denkbaren Fälle aufbereitet. Auf dieser Grundlage erfolgte die Implementierung der Fragen auf Deutsch und Französisch in einem Online-Umfragetool, gefolgt von einem **Pretest** mit fünf Krankenversicherern im Zeitraum vom 30. April bis 7. Mai 2018.

Die **Hauptbefragung** dauerte vom 9. Mai bis 11. Juni 2018. Die Mitglieder von santésuisse wurden hierzu via E-Mail vom IWSB eingeladen teilzunehmen. Das Anschreiben umfasste nebst dem Link zur Online-Umfrage eine pdf-Version des Fragebogens sowie ein Begleitschreiben von santésuisse⁴. Nach Ablauf einer ersten Antwortfrist erhielten die Krankenversicherer, welche den Fragebogen noch nicht ausgefüllt hatten, eine erneute Einladung zur Teilnahme.

Das **Fragebogendesign** ist grob in zwei Teile strukturiert:

- quantitative Fragen zum Nutzen (Einsparungen) und zum Aufwand der Rechnungskontrolle;
- qualitative Fragen zu Vorschlägen zur Verbesserung der Rechnungskontrolle.

Die abgefragten Angaben beziehen sich jeweils auf das Referenzjahr 2016. Dies ist insofern von Bedeutung, als die OKP-Aufsichtsdaten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), anhand dieser die erhobenen Umfrageergebnisse stratifiziert und hochgerechnet werden müssen, zum Zeitpunkt der Befragung erst für das Jahr 2016 vorlagen.

2.2 RÜCKLAUF UND PLAUSIBILISIERUNG

Von den insgesamt 31 angeschriebenen Krankenversicherern⁵, die santésuisse-Mitglied sind, haben 17 die Online-Umfrage vollständig ausgefüllt, was einer **Rücklaufquote** von **55 Prozent** entspricht. Dabei ist zu beachten, dass die Online-Umfrage im Falle von Krankenversicherergruppen (Holdings) jeweils immer für die gesamte Gruppe ausgefüllt wurde.

Zur Differenzierung und mit Blick auf die nachfolgende Hochrechnung wurden die Krankenversicherer in drei Grössenklassen in Abhängigkeit der OKP-Bruttoleistungen unterschieden. Dabei zeigt sich, dass vor

³ Der vollständige Fragebogen ist im Anhang 1, S. 12 abgebildet.

⁴ Das Begleitschreiben ist im Anhang 2, S. 20 aufgeführt.

⁵ Im Falle von Holdings wurde nur die Gruppe angeschrieben.



allem bei den grossen und mittleren Krankenversicherern sehr hohe Rücklaufquoten erzielt werden konnten (vgl. Tab. 1).

TAB. 1 RÜCKLAUF AUF GRUPPENEBENE

Grössenklasse nach Bruttoleistung (CHF)	Kein santésuisse-Mitglied	santésuisse-Mitglied nicht teilgenommen	santésuisse-Mitglied teilgenommen	Total
Klein (< 100 Mio.)	0	13	6 (32%)	19
Mittel (100-999 Mio.)	0	1	6 (86%)	7
Gross (≥ 1'000 Mio.)	4	0	5 (100%)	9
Total	4	14	17 (55%)	35

Anmerkung: Werte in Klammern sind die Rücklaufquoten, bezogen auf santésuisse-Mitglieder.

Quelle: IWSB-Umfrage 'Rechnungskontrolle 2016' Berechnung: IWSB

Dadurch, dass alle grossen santésuisse-Mitglieder teilgenommen haben, sind **96 Prozent** der **OKP-Bruttoleistungen der santésuisse-Mitglieder** in den Ergebnisauswertungen enthalten. In Bezug auf den Gesamtmarkt entspricht dies rund der Hälfte (53 Prozent) aller OKP-Bruttoleistungen.

Im Rahmen der **Plausibilisierung** der erhobenen Daten hat sich gezeigt, dass die Krankenversicherer gewisse Fragen unterschiedlich interpretiert haben oder zu einigen Punkten nur vage Angaben machen konnten. Dieser Sachverhalt ist in zwei Bereichen aufgetreten:

Erfassung der Summe aller Rechnungsbeträge inklusive der offensichtlichen Fehlrechnungen:

Die Prüfung der Angaben der Krankenversicherer ergab, dass in gewissen Fällen die Summe der Rechnungsbeträge abzüglich der offensichtlichen Fehlrechnungen ausgewiesen wurde. Aus der telefonischen und schriftlichen Nachfrage bei den 17 teilnehmenden Krankenversicherern ging hervor, dass die Systeme gewisser Versicherer beispielsweise offensichtliche Doubletten automatisch von der Erfassung ausschliessen, so dass sie technisch gar nicht in der Lage sind, die gewünschten Angaben zu machen. In der Folge mussten dabei teilweise Schätzungen vorgenommen werden, welche mittels Angaben durch andere Kassen plausibilisiert werden konnten.

Erfassung der Kosten für die Rechnungskontrolle:

Hier zeigt sich aufgrund der Rückmeldungen, dass der Aufwand nicht einfach zu beziffern ist, da die Betriebsbuchhaltungen der befragten Krankenversicherer nicht darauf ausgerichtet sind, diese Kosten genau zu erfassen. Dadurch besteht hier eine gewisse Unsicherheit. In der Tendenz dürften die angegebenen Kosten eher zu tief liegen und zu einer Unterschätzung des Gesamtaufwands führen.

2.3 POSTSTRATIFIZIERUNG UND HOCHRECHNUNG

Um repräsentative Aussagen für den gesamten OKP-Bereich machen zu können, wurden die Umfrageergebnisse auf die Gesamtpopulation, aggregiert nach Holdings (n = 35) hochgerechnet. Grundlage bildeten die OKP-Aufsichtsdaten des BAG von 2016. Die **Poststratifizierung** erfolgte nach der Grösse der Krankenversicherer in Abhängigkeit der OKP-Bruttoleistungen anhand der bereits in Tab. 1 ausgewiesenen Grössenklassen.

Bei der Betrachtung der 95%-Konfidenzintervalle nach Grössenklasse (vgl. Tab. 2) im Vergleich mit den tatsächlichen Werten der Bruttoleistungen aus den OKP-Aufsichtsdaten wird ersichtlich, dass mittels der Poststratifizierung eine **gute Repräsentativität** der Stichprobe gegeben ist. Das heisst, dass der Schätzwert auf Basis der poststratifizierten Umfrageergebnisse im Mittel den richtigen Wert für das Jahr 2016 bezüglich dem Total an OKP-Bruttoleistungen im Umfang von 31.5 Mrd. Franken ergibt.



TAB. 2 95%-KONFIDENZINTERVALL DER BRUTTOLEISTUNGEN IN MRD. FRANKEN

Grössenklasse nach Bruttoleistung (CHF)	Untere Grenze (2.5%)	Obere Grenze (97.5%)	Tatsächlicher Wert
Klein (< 100 Mio.)	0.3	0.7	0.5
Mittel (100-999 Mio.)	2.4	3.4	2.9
Gross (≥ 1'000 Mio.)	21.7	34.5	28.1
Total	25.0	37.9	31.5

Quellen: IWSB-Umfrage 'Rechnungskontrolle 2016', OKP-Aufsichtsdaten 2016 Berechnung: IWSB

3 BEFRAGUNGSERGEBNISSE

3.1 EINGEGANGENE RECHNUNGEN UND RECHNUNGSSUMMEN

Um dem Anspruch der Anonymität bzw. der Anforderung, dass aus der Befragung keine Rückschlüsse auf einzelne Krankenversicherer gezogen werden können, Rechnung zu tragen, wird auf eine Darstellung der **Ergebnisse nach Grössenklassen** bewusst **verzichtet**. Damit soll auch verhindert werden, dass in der Diskussion um die Rechnungskontrolle gezielte Vergleiche zwischen grossen und kleinen Krankenversicherern vorgenommen werden. Somit beziehen sich sämtliche nachfolgenden Ergebnisse jeweils immer auf die gesamte Branche bzw. die Gesamtheit aller Krankenversicherer.

Hochgerechnet auf die Gesamtpopulation und somit über alle Krankenversicherergruppen beläuft sich die **Anzahl an Rechnungen**, die im Jahr 2016 insgesamt bei den Krankenversicherern eingegangen sind, auf **rund 107 Millionen**⁶. Diese Forderungen beziehen sich dabei auf OKP- sowie VVG-Leistungen. Dies bedeutet, dass im Durchschnitt pro Versichertem beinahe 13 Rechnungen bearbeitet werden mussten.

Insgesamt wurde im Jahr 2016 aufgrund der **eingereichten Rechnungen** die Auszahlung von insgesamt **40 Mrd. Franken beantragt**. Dies bedeutet, dass der durchschnittliche Rechnungsbetrag pro eingereichte Rechnung für OKP- und VVG-Leistungen bei rund 372 Franken liegt.

Die Befragung hat auch gezeigt, dass die Aufgabe der **Rechnungskontrolle** in den allermeisten Fällen **durch die Krankenversicherer selbst vorgenommen** wird. Von den 17 antwortenden Krankenversicherern gibt nur gerade ein Versicherer an, dass die Rechnungskontrolle an einen externen Informatikdienstleister ausgelagert sei. Dies ist insofern nachvollziehbar, als für die Rechnungskontrolle auch gezieltes medizinisches Wissen benötigt wird (z.B. in Form eines vertrauensärztlichen Dienstes), das über die Krankenversicherer selbst meist einfacher gewährleistet werden kann, als durch einen externen Informatikdienstleister.

3.2 EINSPARUNGEN UND KOSTEN AUFGRUND DER RECHNUNGSKONTROLLE

EINSPARUNGEN

Die **Rechnungskontrolle** an sich besteht in den meisten Fällen aus **mehreren Arbeitsschritten**. Im Zuge der automatisierten Rechnungskontrolle wird zunächst meist einmal geprüft, inwiefern

- für die versicherte Person eine entsprechende Versicherungsdeckung vorliegt,
- der Leistungserbringer überhaupt berechtigt ist, die Behandlung im Rahmen der Versicherung vorzunehmen sowie

⁶ Mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent liegt der Wert für die Rechnungen und Belege insgesamt zwischen 82 Mio. und 133 Mio. (95%-Konfidenzintervall).



- die Behandlung im Leistungskatalog aufgeführt ist und entsprechend vergütet werden kann.

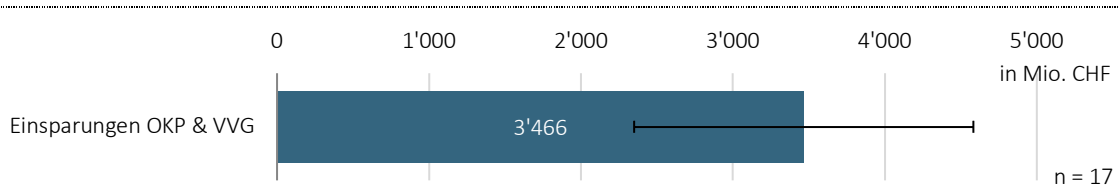
Im Anschluss geht es im Rahmen der weiteren Rechnungsabklärung gemäss Art. 32 KVG der Frage nach der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit nachzugehen. Dabei müssen auch die den Rechnungsbeträgen hinterlegten Tarife den vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Tarifen bzw. den vereinbarten Tarifen zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern entsprechen.

Bei den **Rechnungsforderungen**, welche im Zuge dieser Prüfschritte durch die Krankenversicherer **nicht ausbezahlt** werden, können folgende Fälle unterschieden werden:

- vollständig abgelehnte Forderungen gegenüber Leistungserbringern oder Versicherten;
- Ergebnis von Beanstandungen (Differenz zwischen ursprünglichem und neuem Rechnungsbetrag);
- nicht ausbezahlte Rechnungsteile (gegenüber Leistungserbringern und Nichtpflichtanteile gegenüber Versicherten).

Hochgerechnet auf die Gesamtbranche der Krankenversicherer betragen die total realisierten Einsparungen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie die Zusatzversicherungen aufgrund der Rechnungskontrolle im Jahr 2016 im Erwartungswert rund 3.5 Mrd. Franken⁷ (vgl. Abb. 1). Bezogen auf das Total der eingereichten Rechnungen machen die Einsparungen 8.7 Prozent aus. Angesichts der Gesamtanzahl von 107 Mio. eingereichten Rechnungen konnte durch die Rechnungskontrolle der Krankenversicherer pro Rechnung eine Einsparung von 32 Franken⁸ erzielt werden.

ABB. 1 EINSPARUNGEN DURCH RECHNUNGSKONTROLLE OKP & VVG | 2016

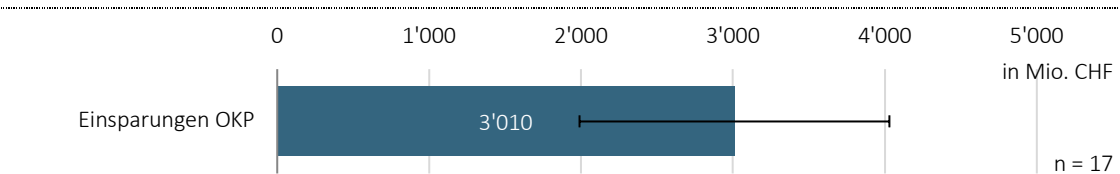


Anmerkung: n = 17

Quelle: IWSB-Umfrage 'Rechnungskontrolle 2016' Berechnung & Darstellung: IWSB

Betrachtet man nur den OKP-Bereich⁹, so belaufen sich die Einsparungen im Erwartungswert auf 3.0 Mrd. Franken¹⁰ (vgl. Abb. 2). Im Verhältnis zum Total der der OKP-Prämien (28.7 Mrd. CHF) machen die realisierten Einsparungen im OKP-Bereich 2016 10.5 Prozent¹¹ aus.

ABB. 2 EINSPARUNGEN DURCH RECHNUNGSKONTROLLE NUR OKP | 2016



Anmerkung: n = 17

Quelle: IWSB-Umfrage 'Rechnungskontrolle 2016' Berechnung & Darstellung: IWSB

⁷ 95%-Konfidenzintervall: Wert für die Einsparungen liegt insgesamt zwischen 2.3 Mrd. und 4.6 Mrd. Franken.

⁸ 95%-Konfidenzintervall: 24 bzw. 41 Franken.

⁹ Die Krankenversicherer lieferten Informationen zum OKP-Anteil am Total von OKP und VVG. Dieser Anteil wurde verwendet, um die 3.0 Mrd. Franken aus den 3.5 Mrd. abzuleiten. Unterstellt wird dabei, dass OKP und VVG den gleichen Anteil an zurückgewiesenen Rechnungen aufweisen.

¹⁰ 95%-Konfidenzintervall: 2.0 Mrd. bzw. 4.0 Mrd. Franken.

¹¹ 95%-Konfidenzintervall: 6.9% bzw. 14.0%.



Somit wirken sich die Einsparungen aufgrund der Rechnungskontrolle auch direkt auf die Prämien der Versicherten aus. Denn ohne die Rechnungskontrolle wären die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung 2016 um bis zu 10.5 Prozent höher ausgefallen.

Die erzielten Einsparungen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie die Zusatzversicherungen über die Gesamtbranche variieren dabei teilweise erheblich von Krankenversicherer zu Krankenversicherer. Wenngleich im (hochgerechneten) Durchschnitt eine Einsparung von 8.7 Prozent erzielt werden konnte, so gibt es Krankenversicherer, die in der Befragung angegeben haben, sowohl deutlich geringere als auch höhere Einsparungen erzielt zu haben.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass bezüglich der hochgerechneten Einsparungen die Unsicherheiten bei den grossen Krankenversicherern grösser sind als bei den kleinen. Denn bei Ersteren ist die Streuung der Antworten deutlich grösser. Hinzu kommt, dass vier grosse Krankenversicherergruppen als Nicht-Mitglieder von santésuisse keine direkten Angaben machen konnten und nur implizit via Hochrechnung berücksichtigt sind.

AUFWAND DER RECHNUNGSKONTROLLE

Bei den Fragen zum **Aufwand**, der seitens der Krankenversicherer mit der **Rechnungskontrolle** anfällt, wird aufgrund der Antworten ersichtlich, dass diese nur **schwer abschätzbar** sind. Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, wird hierfür als ein wesentlicher Grund angegeben, dass die Betriebsbuchhaltungen der Krankenversicherer nicht darauf ausgelegt seien, die Kosten für die Rechnungskontrolle – sowohl anteilmässig als auch absolut – separat zu erfassen.

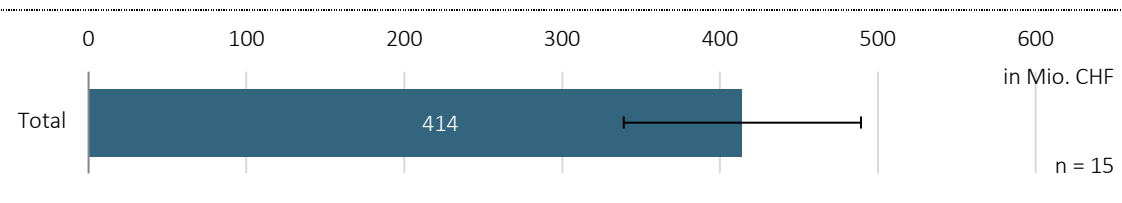
Vor diesem Hintergrund ist bei der Interpretation der nachfolgend ausgewiesenen Werte folgendes zu **beachten**:

- Die absoluten und relativen Kostenangaben stellen **Näherungen** dar.
- Insgesamt dürften die Zahlen eher die **untere Grenze** bezüglich des Aufwands darstellen.

In absoluten Zahlen beläuft sich der Aufwand für die Rechnungskontrolle 2016 für die Gesamtbranche der Krankenversicherer – bezogen ausschliesslich auf OKP-Leistungen – auf rund 414 Mio. Franken¹² (vgl. Abb. 3). Mit Blick auf die OKP-Einsparungen von rund 3.0 Mrd. Franken bedeutet dies, dass der Aufwand 13.8 Prozent der erzielten Einsparungen ausmacht.

Gemessen am gesamten OKP-Verwaltungsaufwand im Jahr 2016 macht die Rechnungskontrolle somit 31.2 Prozent aus.

ABB. 3 KOSTEN DER RECHNUNGSKONTROLLE (OKP) | 2016



Anmerkung: n = 15

Quelle: IWSB-Umfrage 'Rechnungskontrolle 2016' Darstellung: IWSB

¹² 95%-Konfidenzintervall: 339 Mio. bzw. 489 Mio. Franken.



3.3 MÖGLICHE OPTIMIERUNGEN BEI DER RECHNUNGSKONTROLLE

ALLGEMEINE OPTIMIERUNGEN

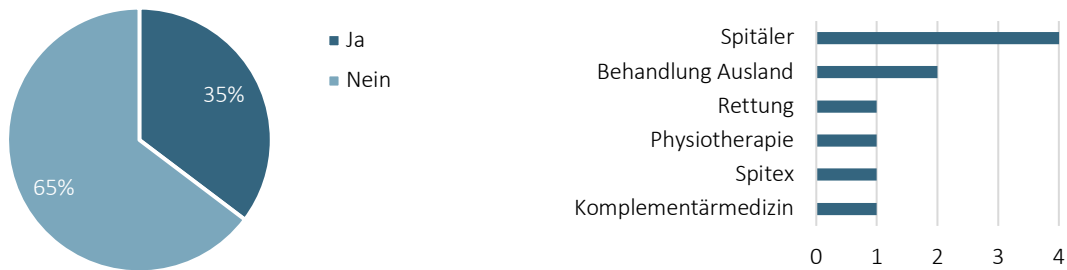
Um erste Hinweise zu erhalten, in welchen Bereichen bei der Rechnungskontrolle Optimierungspotenzial besteht, wurden die Krankenversicherer befragt, ob bestimmte **Kategorien von Leistungserbringern** feststellbar sind, bei denen **überdurchschnittlich viele Rechnungen Anlass zur Beanstandung** geben.

Rund **35 Prozent** bzw. 6 von 17 Krankenversicherer haben angegeben, dass bei gewissen Leistungsträgern überdurchschnittlich häufig Rechnungen beanstandet werden müssen (vgl. Abb. 4).

Abb. 4 LEISTUNGSERBRINGER MIT ÜBERDUCHSCHNITTLICHEM ANTEIL BEANSTANDETER RECHNUNGEN | 2016

Stellen Sie fest, dass bei bestimmten Kategorien von Leistungserbringern der Anteil der beanstandeten Rechnungen überdurchschnittlich hoch ist?

Kategorien nach Anzahl Nennungen



Anmerkung: n = 17

n = 6 (Mehrfachnennungen möglich)

Quelle: IWSB-Umfrage 'Rechnungskontrolle 2016' Darstellung: IWSB

Mit vier Nennungen am häufigsten aufgeführt werden **Spitäler**, wobei dort vor allem bei ambulanten, Tarmed-basierten Behandlungen Unregelmässigkeiten bei der Abrechnung festgestellt wurden, gefolgt von (Notfall-) Behandlungen im Ausland.

Weiter werden anlässlich von Einzelnennungen Rettung, Physiotherapie, Spitex und Komplementärmedizin als Kategorien von Leistungserbringern genannt, bei denen häufig Rechnungen zurückgewiesen oder überarbeitet werden mussten.¹³

ZUSÄTZLICHER INFORMATIONSBEDARF

In einem nächsten Schritt wurden die Krankenversicherer befragt, welche Informationen fehlen, um die Rechnungskontrolle noch besser durchzuführen, bzw. welche **zusätzlichen Informationen gewünscht** werden. Nachfolgend werden die **mehrfach genannten Punkte** aufgeführt und eingeordnet, woraus sich die entsprechende Priorisierung bezüglich des Handlungsbedarfs ableiten lässt.

Diagnose (7 Nennungen):

Während die Diagnose dank des SwissDRG-Systems im stationären Bereich detailliert vorliegt (rund 1'000 Fallgruppen), existiert im ambulanten Bereich ein Nachholbedarf; Tarmed-Abrechnungen (spital- und praxisambulanter Bereich) weisen die Diagnose nur sehr grob aus ('Tessiner Code').

¹³ Ein Krankenversicherer nennt zudem auch Rechnungen von Zahnbehandlungen, bei denen überdurchschnittlich viele Beanstandungen auftreten. Diese betreffen aber primär Zusatzversicherungen nach VVG und in den seltensten Fällen OKP-pflichtige Leistungen.



Die Ausgestaltung der Rechnungsstellung liegt gemäss KVG beim Bund und kann auf der Verordnungsebene angepasst werden (vgl. Art. 42 3bis KVG). Dort ist zu lesen: *'Die Leistungserbringer haben [...] die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen in den jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassungen codiert aufzuführen.'*

Start- und Endzeit der Leistungserbringung (2 Nennungen):

Bei den ambulanten Tarmed-Rechnungen ist die Behandlungsdauer direkt nicht ersichtlich. Nebst dem Behandlungsdatum sind lediglich die tarifrelevanten Positionen aufgelistet. Nur wenige Positionen geben aber Auskunft über die Behandlungsdauer (z.B. 'Konsultation, erste 5 Min.', 'Konsultation, jede weitere 5 Min.'). Bei der überwiegenden Mehrheit der ärztlichen und technischen Leistungen wird lediglich die Anzahl aufgeführt.

Ambulante und stationäre Spitalrechnungen (2 Nennungen):

Bei den stationären Spitalrechnungen sind die medizinische Abteilung und der behandelnde Arzt nicht ersichtlich. Da das Spital als juristische Person die Rechnung stellt, wird nur die Nummer der Institution im Zahlenstellenregister (ZSR) aufgeführt, nicht aber jene des behandelnden Arztes. Falls der behandelnde Arzt im Anstellungsverhältnis arbeitet, wird diesem keine ZSR-Nummer, sondern eine sogenannte K-Nummer zugewiesen, welche diesen eindeutig identifiziert. Die medizinische Abteilung könnte relativ einfach anhand der Leistungsstelle erfasst werden. Diese Information wird bei jedem Spitalfall ohnehin erfasst und für die Erstellung der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) an das Bundesamt für Statistik (BFS) weitergeleitet (z.B. M200 = Chirurgie, M900 = Geriatrie)

Im ambulanten Spitalbereich wird bemerkt, dass die Abrechnungen teilweise schwierig zu kontrollieren seien. Dies hat damit zu tun, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Positionen aufgelistet ist. Diese sind nicht immer in den administrierten Tarifkatalogen zu finden (d.h. Tarmed, AL, MiGeL). Auch hier zielen die Forderungen darauf ab, eine weitgehend standardisierte und nachvollziehbare Abrechnung zu erhalten, um die Überprüfung besser durchführen zu können.

Obligatorische Übermittlung aktualisierter Listen der zugelassenen Leistungserbringer (2 Nennungen):

Grundsätzlich sind die zugelassenen Leistungserbringer im ZSR aufgeführt. Es kann aber beispielsweise vorkommen, dass seitens der Kantone bei bestimmten Leistungserbringern ein teilweises Praxisverbot erlassen wird. Dieses partielle Praxisverbot wird im ZSR jedoch nicht abgebildet. Die Nummer eines solchen Leistungserbringers bleibt weiterhin aktiv, da nur ein Teil der Leistungen davon betroffen ist. Vor diesem Hintergrund wird eine obligatorische Übermittlung aktualisierter Listen durch den Kanton von Leistungserbringern mit teilweisem Praxisverbot angeregt.

Anlässlich von **Einzelnennungen** können in den Umfrageantworten weitere Bedürfnisse bezüglich zusätzlicher Informationen ausgemacht werden. Diese sind nachfolgend ebenfalls aufgeführt, inklusive einer kurzen Einordnung.

- **Informationsaustausch zwischen den Versicherungen (Positionen und Positionskombinationen, problematische Leistungserbringer)**
Einordnung: Der Versicherer wünscht sich einen engeren Austausch der Grundversicherer bei der Identifikation problematischer Leistungserbringer. Unter Beachtung der Datenschutzrichtlinien ist ein solcher Austausch bereits heute möglich und wird teilweise zwischen gewissen Versicherern auch vorgenommen.
- **Versicherte einbeziehen via elektronische Tiers Garant**
Einordnung: Eine bessere Nutzung des Tiers Garant könnte dazu beitragen, dass die Versicherungen die Rechnungskontrolle effektiver gestalten können. Dazu soll den Patienten eine Möglichkeit eingeräumt werden, Anmerkungen zur Rechnung in elektronischer Form zu verfassen und diese der Kasse weiterzuleiten. Es liegt an der Kasse selbst, diese Informationen systematisch zu erfassen.



- **Eindeutige Angaben des Versicherten auf jeder Rechnung (z.B. AHV-Nummer oder Versichertennummer)**
Einordnung: Löst beispielsweise ein Spital eine Laborrechnung aus, so gelangt diese separat zur Spitalrechnung an den Versicherten. Auf dieser separaten Laborrechnung fehlt dann häufig die Versichertennummer. Daher sollten auch bei diesen Rechnungen die Versicherten- oder die AHV-Nummern ersichtlich sein.
- **Standardisierte Rechnungen (Ärzte und Spitäler grösstenteils erfüllt, übrige weniger)**
Einordnung: Die Rechnungsstellung ist in sämtlichen Bereichen bis zu einem gewissen Grad standardisiert und erfolgt in der Regel elektronisch. Es ist aber möglich, dass dies nicht überall gilt (z.B. Chiropraktiker, Hebammen, Ergotherapeuten, nicht-ärztliche Komplementärmediziner).
- **Barcode auf Rechnung zur Verhinderung von Fälschungen**
Einordnung: Ein Barcode auf den Rechnungen lässt sich ohne weiteres im bestehenden System umsetzen.
- **Nicht-OKP: Bei Unfall zusätzliche Angaben wie z.B. Unfalldatum, Hergang/Ereignis/Verletzung**
Einordnung: Diese Zusatzinformation lässt sich anhand einer genaueren Angabe der Diagnose generieren. Zusätzlich Anpassungen an der ambulanten und stationären Rechnungsstellung sind denkbar.

3.4 IDEEN FÜR GESETZESANPASSUNGEN

Abschliessend wurden die Versicherer gefragt, welche **gesetzlichen Massnahmen** als hilfreich erachtet werden, um die Rechnungskontrolle zu erleichtern. Im Sinne einer Priorisierung sind nachfolgend zunächst die **mehrfach genannten Massnahmen** aufgeführt.

Sanktionsmassnahmen für Leistungserbringer, die Patienten keine Abrechnungskopie zukommen lassen (4 Nennungen)

Mehrfach wurde genannt, dass die Leistungserbringer stärker in die Pflicht genommen werden sollen, den Patienten eine Rechnungskopie zuzustellen. Dafür schlagen einige Versicherer Sanktionsmechanismen vor, welche sicherstellen sollen, dass die geltenden Gesetze auch eingehalten werden. Die Rechnungen müssten zudem verständlich und nachvollziehbar sein – für die Patienten und die Versicherer. Auf der Gesetzesebene bedarf es hierzu allerdings keiner Anpassungen. Das KVG regelt die Rechnungsstellung explizit (vgl. Art. 42 KVG).

Mehr Pauschalen (insb. statt neuer Leistungsgruppen) (3 Nennungen)

Immer neue Leistungsgruppen erschweren die Rechnungskontrolle zusätzlich. Dies gilt primär im ambulanten Ärztebereich. Gefordert werden daher mehr pauschalisierte Leistungen, welche ähnliche Diagnosen und Behandlungen in medizinisch und ökonomisch sinnvolle Gruppen aggregiert. Mit den sogenannten 'One-Day-DRGs' gehen die Tarifpartner bereits in diese Richtung. Aber auch im stationären Sektor wird verlangt, dass die Pauschalen weiter gefasst werden und zum Beispiel auch nachgelagerte Leistungen bereits abgelten (z.B. Rehabilitation). Damit soll die Schnittstellenproblematik entschärft werden.

Sanktionsmassnahmen bei falscher Rechnungsstellung (2 Nennungen)

Die Rückforderung der Krankenkassen beschränkt sich heute auf den geschuldeten Betrag. Dies eröffnet den Leistungserbringern entsprechende Anreize. Ein finanzielles Risiko bei überhöhten Rechnungsbeträgen besteht für sie nicht. Hätte eine falsche Rechnungsstellung finanzielle Konsequenzen zur Folge, ergäben sich für die Leistungserbringer stärkere Anreize, eine korrekte Rechnungsstellung zu gewährleisten.

Einsicht in medizinische Informationen (2 Nennungen)

Detailliertere medizinische Informationen könnten den Versicherern helfen, auffällige Leistungserbringer zu identifizieren. Es wird deshalb angeregt, dass medizinische Informationen in begründeten Fällen nicht nur dem Vertrauensarzt vorbehalten sein sollen, sondern auch der Rechnungskontrolle.



Vereinzelt werden weitere gesetzliche Massnahmen vorgeschlagen, die wie folgt lauten:

- **Aufhebung Vertragszwang**
Einordnung: Der Vertragszwang verhindert eine Sanktionierung von Leistungserbringern, die wiederholt falsche Rechnungen stellen. Eine Aufhebung dieses Systems würde den Versicherern eine Vielzahl von Möglichkeiten eröffnen, auffällige Leistungserbringer zu sanktionieren oder diesen einen Vertrag zu verweigern. Die Aufhebung des Vertragszwangs bedingt aber gleichzeitig eine grundlegende Reform der Gesundheitsversorgung.
- **Fehlbehandlungen oder Spitalinfektionen über Haftpflicht des Spitals bezahlen**
Einordnung: Für schwerwiegende Fehler, welche die ärztliche Sorgfaltspflicht verletzen, haften die Leistungserbringer bereits heute. Klagen müssen allerdings die Patienten als geschädigte Partei. Die Prozesse sind langwierig und selten von Erfolg geprägt. Dass Fehlbehandlungen oder Folgebehandlungen von Behandlungsfehlern auf die Krankenkassen abgewälzt werden, liegt im Vergütungssystem begründet. Eine bessere Pauschalierung und Pay-for-Performance-Elemente könnten helfen, dass bessere Anreize für die Leistungserbringer bestehen und die Kostenverantwortung bei diesen liegt.
- **Verbindliche Rechnungsstandards für alle Leistungserbringer**
Einordnung: Es ist unklar, wie standardisiert die Rechnungsstellung bei den einzelnen Kategorien von Leistungserbringern ausfällt. Im Spitalbereich und bei den ambulant tätigen Ärzten ist diese jedoch bereits weit fortgeschritten.
- **Verankerung Tiers Payant (im ambulanten Bereich)**
Einordnung: Die Tarifpartner können sich jederzeit auf eine konsequente Einführung des Tiers Payant einigen (vgl. Art. 42 Abs. 2). Gleichzeitig ist anzumerken, dass unter den Versicherern umstritten ist, welches System der Rechnungsstellung – Tiers Payant oder Tier Garant – mehr zur Optimierung der Rechnungskontrolle beiträgt.
- **Elektronische Abwicklung des gesamten Datenaustausches mit den Leistungserbringern**
Einordnung: Die Verantwortung liegt bei den Tarifpartnern, eine Lösung für den elektronischen Datenaustausch zu finden.
- **Statistische Daten dürfen explizit zur Kostenkontrolle verwendet werden**
Einordnung: Die detaillierten Daten der Leistungserbringer, die das BFS gestützt auf KVG Art. 59a erhebt (z.B. medizinische Statistik der Krankenhäuser), sollen explizit für die Rechnungskontrolle verwendet werden dürfen.
- **Frist zur Rechnungsstellung im Rahmen OKP von maximal einem Jahr (Fallverlauf wird sichtbar)**
Einordnung: Die heute geltende Frist von 5 Jahren wird als sehr lange angesehen (vgl. Art. 24 Abs. 1 ATSG). Eine Verkürzung bedingt daher eine gesetzliche Anpassung des Bundesrechts.
- **Verlängerung resp. Präzisierung der Frist nach ATSG Art. 25 für Rückforderungen bei Leistungserbringern aufgrund unwirtschaftlicher Behandlungen**
Einordnung: Die Frist für Rückforderungen liegt in der Regel bei 1 Jahr, wobei ein Maximum von 5 Jahren festgelegt wurde. Da sich Art. 25 ATSG jedoch nicht ausschliesslich auf das KVG bezieht, werden damit auch nicht explizit unwirtschaftliche Behandlungen von Leistungserbringern angesprochen. Eine Präzisierung der Formulierung bedingt daher eine gesetzliche Anpassung im ATSG oder KVG.

4 FOLGERUNGEN UND AUSBLICK

Hervorgehend aus den Erkenntnissen aus Teil I der Umfrage zum **Nutzen** (Einsparungen) und zum **Aufwand der Rechnungskontrolle** lassen sich die folgenden zentralen Punkte festhalten:



- Im Jahr 2016 wurden bei den Schweizer Krankenversicherern rund **107 Millionen Rechnungen** für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sowie der Zusatzversicherungen (VVG) eingereicht, die es durch die entsprechenden Abteilungen der Versicherer zu kontrollieren galt.
- Die Summe der **Rechnungsbeträge** (OKP und VVG), welche die Krankenversicherer entgegengenommen haben beläuft sich dabei auf **40 Mrd. Franken**.
- Die **durchschnittliche Rechnungssumme** pro eingereichter Rechnung (OKP und VVG) beträgt somit **372 Franken**.
- Verglichen mit der eingereichten Rechnungssumme von insgesamt 40 Mrd. Franken und den nicht ausbezahlten Forderungen ergibt sich für 2016 dank der Rechnungskontrolle eine **Einsparung bei OKP- und VVG-Leistungen** in der Höhe von **3.5 Mrd. Franken**. Nur auf den OKP-Bereich bezogen, liegen die Einsparungen bei rund 3.0 Mrd. Franken.
- **Pro Rechnung** ergibt sich aufgrund der Rechnungskontrolle (OKP und VVG) eine durchschnittliche **Einsparung von 32 Franken**.
- Insgesamt wären 2016 **ohne die Rechnungskontrolle** die **Prämien im OKP-Bereich geschätzt um 10.5 Prozent höher** ausgefallen.
- Der **Aufwand für die Rechnungskontrolle** (nur OKP) liegt geschätzt bei rund **414 Mio. Franken**, wobei dieser Wert in der Realität etwas höher liegen dürfte, da die Krankenversicherer keine hinreichend genauen Abgrenzungen in ihren Betriebsbuchhaltungen vornehmen können. Gemessen an den Einsparungen im OKP-Bereich, macht der Aufwand somit 13.8 Prozent aus.

Mit Blick auf Teil II der Umfrage zu **Verbesserungsvorschlägen** für die Rechnungskontrolle sind folgende **Erkenntnisse** von vordringlicher Bedeutung:

- Auf die Frage nach **allgemeinen Optimierungen** zeigt sich, dass bei bestimmten Leistungserbringern überdurchschnittlich viele Rechnungen beanstandet werden müssen. Namentlich handelt es sich dabei vor allem um die **Kategorie 'Spitäler'**, bei der mit Blick auf die Rechnungskontrolle aus Sicht der Krankenversicherer ein gewisser **Handlungsbedarf** ausgemacht wird.
- Hinsichtlich des **Optimierungsbedarfs** bei den **erforderlichen Informationen** aus Sicht der Krankenversicherer für eine effektive Rechnungskontrolle wird mit Abstand am häufigsten der Aspekt **'Diagnose'** genannt. Hier besteht im ambulanten Bereich insofern Handlungsbedarf, als dort die Diagnose bei den Tarmed-Abrechnungen nur sehr grob ausgewiesen wird.
- Weiter würde eine **Angabe der Start- und Endzeit der Leistungserbringung** bei ambulanten Tarmed-Rechnungen als zusätzliche Information die Rechnungskontrolle erleichtern.
- Als **Vorschläge für Gesetzesanpassungen**, welche eine zielgerichtete Rechnungskontrolle unterstützen würden, werden verschiedentlich gesetzlich verankerte **Sanktionsmassnahmen** für Leistungserbringer vorgeschlagen. Diese können sich auf Fälle beziehen, bei denen die Leistungserbringer den Patienten keine Abrechnungskopien zukommen lassen oder die Leistungserbringer mit keinerlei Konsequenzen zu rechnen haben, wenn sie falsche (überhöhte) Rechnungen ausstellen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse aus der Umfrage zum Nutzen und den Kosten, dass die Krankenversicherer mittels der Rechnungskontrolle bereits heute einen essentiellen Beitrag zur Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten bzw. der Prämien leisten. Es wird aber zugleich deutlich, dass mit den oben aufgeführten Verbesserungsvorschlägen sowie dem identifizierten gesetzlichen Anpassungsbedarf weiteres Einsparpotenzial besteht und so die Effektivität und Effizienz bei der Rechnungskontrolle noch gesteigert werden kann.



A ANHANG 1: FRAGEBOGEN



Institut für
Wirtschafts
studien Basel



santésuisse

Rechnungskontrolle Krankenkassen 20160 %

Bitte wählen Sie eine Sprache aus. / Veuillez s'il vous plaît choisir une langue.

Deutsch

Français

Sehr geehrte Damen und Herren

Herzlichen Dank für die Teilnahme an der Online-Befragung zum Thema "**Rechnungskontrolle 2016**". Diese Umfrage wurde von **santésuisse** in Auftrag gegeben und wird vom unabhängigen **Institut für Wirtschafts studien Basel (IWSB)** durchgeführt und ausgewertet.

Das IWSB gewährleistet bei der Durchführung und Auswertung der Umfrage den Datenschutz. Ihre Angaben werden **streng vertraulich** behandelt und unter keinen Umständen mit Dritten geteilt. Die Resultate werden dem Auftraggeber **santésuisse** nur in aggregierter Form zur Verfügung gestellt, so dass **kein Rückschluss auf einzelne Unternehmen oder Personen** möglich ist.

Die Fragen beziehen sich jeweils auf das **Jahr 2016**, da die OKP Aufsichtsdaten erst für dieses Jahr verfügbar sind.

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie aktiv dazu bei, die Öffentlichkeit darüber zu informieren, welche Anstrengungen die Schweizer Krankenversicherer aktuell leisten, um unrechtmässige Leistungsabrechnungen zu identifizieren und damit Gesundheitskosten zu sparen.

santésuisse möchte die Umfrageergebnisse in aggregierter Form im Interesse der Mitglieder nutzen, um sich aktiv in die politische Diskussion über eine Stärkung der Rechnungskontrollen bei den Versicherern und die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde einzubringen.

Organisationsstruktur

Füllen Sie die Fragen für die Holding oder für einzelne ausgewählte Krankenkassen aus? *

Holding

ausgewählte Krankenkassen



Filterfrage für Holding-Gesellschaften

Für welche Ihrer Krankenkassen gelten Ihre Angaben? *

- BAG-Nr. 62 SUPRA
- BAG-Nr. 343 Avenir Assurance Maladie SA
- BAG-Nr. 774 Easy Sana Assurance Maladie SA
- BAG-Nr. 1113 CM de la Vallée d'Entremont
- BAG-Nr. 1479 Mutuel Assurance Maladie SA
- BAG-Nr. 1507 AMB Assurances
- BAG-Nr. 1535 Philos Assurance Maladie SA

Für welche Ihrer Krankenkassen gelten Ihre Angaben? *

- BAG-Nr. 1555 Visana
- BAG-Nr. 1568 sana24
- BAG-Nr. 1570 vivacare AG

Organisation der Rechnungskontrolle

Hat Ihre Krankenversicherung die Rechnungskontrolle an einen externen Informatikdienstleister ausgelagert? *

- ja
- nein



Organisation der Rechnungskontrolle

Wollen Sie die Fragen zum Rechnungskontrollinstrument selber beantworten oder sollen wir Ihren Informatikdienstleister kontaktieren? *

- Ich beantworte die Fragen selber
- Bitte nehmen Sie Kontakt mit unserem Informatikdienstleister auf (Umfrage beendet)

Anmerkungen oder Präzisierungen:

Filterfrage bei Beantwortung durch externen Informatikdienstleister

Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten auf der nächsten Seite an. Wir werden Sie zwecks Kontaktaufnahme mit Ihrem Informatikdienstleister kontaktieren.



Quantitative Angaben zum Nutzen der Rechnungskontrolle im Jahr 2016

Präzisierung zu den quantitativen Angaben: Mit dem VVG-Bereich sind Krankenzusatzversicherungen gemeint (nicht aber Einzel- und Kollektivtaggeldversicherungen nach VVG). Dazu gehören z.B.:

- Krankenzusatzversicherung Spital stationär ganze Schweiz
- Krankenzusatzversicherung Spital stationär halbprivate/private Abteilung
- Zahnpflegeversicherung

Eine konsistente Beantwortung steht jeweils im Vordergrund, es sollte d.h. immer von derselben Grundlage ausgegangen werden.

Wie viele Rechnungen und/oder abgerechnete Belege für Behandlungen wurden von Ihrer Versicherung entgegengenommen?

Hinweis: Falls Sie beide Informationen haben, füllen Sie bitte beide Felder aus. Ansonsten nur die verfügbare Angabe.

Die Rechnungen umfassen sowohl reine OKP Rechnungen, vermeintliche OKP Rechnungen (z.B. Impfungen, die als OKP-Rechnungen eingereicht werden, durch die Rechnungsprüfung dann aber dem VVG zugeordnet werden) als auch reine VVG Rechnungen. Bitte geben Sie die Zahl möglichst genau an (mindestens auf 50'000).

Rechnungen:

Abgerechnete Belege:

Wie hoch ist die Summe aller Rechnungsbeträge, die Sie entgegengenommen haben? *

Hinweis: umfasst sowohl reine OKP Rechnungen, vermeintliche OKP Rechnungen (z.B. Impfungen, die als OKP-Rechnungen eingereicht werden, durch die Rechnungsprüfung dann aber dem VVG zugeordnet werden) als auch reine VVG Rechnungen. Bitte geben Sie die Zahl möglichst genau an (mindestens auf 100'000).

Wie hoch ist die Summe der Rechnungsforderungen (gegenüber Versicherten und Leistungserbringern), die nach der automatisierten Rechnungskontrolle und/oder weiteren Rechnungsabklärungen nicht ausbezahlt wurden? *

Hinweis: Mit nicht ausbezahlten Rechnungsforderungen sind nicht ausbezahlte OKP-Bruttoleistungen als auch VVG Rechnungsforderungen gemeint:

- Vollständig abgelehnte Forderungen gegenüber Leistungserbringer oder Versicherten
- Ergebnis von Beanstandungen (Differenz zwischen ursprünglichem und neuem Rechnungsbetrag)
- Nicht ausbezahlte Rechnungsteile (gegenüber Leistungserbringer und Nichtpflichtanteile gegenüber Versicherten).

Bitte geben Sie die Zahl möglichst genau an (mindestens auf 100'000).



Wie hoch ist der OKP-Anteil (in %) an den 2016 schlussendlich ausbezahlten OKP und VVG Rechnungsbeträgen (brutto)? *

Hinweis: Der absolute Wert der OKP-Bruttoleistungen sollte deckungsgleich mit Ihrer Meldung an die OKP-Aufsicht sein.

 %

Anmerkungen oder Präzisierungen:

Quantitative Angaben zum Aufwand der Rechnungskontrolle im Jahr 2016

Können Sie die Kosten der Rechnungskontrolle für den OKP-Bereich gesondert bestimmen? *

- nur den OKP-Bereich
- OKP- und VVG-Bereich zusammen

Können Sie die Kosten der Rechnungskontrolle in absoluten Zahlen bestimmen oder nur deren Anteil an den Verwaltungskosten schätzen? *

- Rechnungskontrollkosten in absoluten Zahlen
- Rechnungskontrollkosten als Anteil an den Verwaltungskosten

Anmerkungen oder Präzisierungen:



Quantitative Angaben zum Aufwand der Rechnungskontrolle im Jahr 2016

Wie hoch sind Ihre Kosten für die Rechnungskontrolle (Personalaufwand und EDV-Aufwand für Rechnungskontrolle) für den OKP-Bereich? *

Wie hoch ist der Anteil (in %) der Kosten der Rechnungskontrolle (Personalaufwand und EDV-Aufwand für Rechnungskontrolle) im OKP-Bereich an den OKP-Verwaltungskosten (ohne Abschreibungen)? *

Anteil an den Verwaltungskosten %

Wie hoch sind Ihre Kosten für die Rechnungskontrolle (Personalaufwand und EDV-Aufwand für Rechnungskontrolle) für den OKP- und VVG-Bereich zusammen? *

Wie hoch sind Ihre Verwaltungskosten (ohne Abschreibungen) für den OKP- und VVG-Bereich zusammen? *

Wie hoch ist der Anteil (in %) der Kosten der Rechnungskontrolle (Personalaufwand und EDV-Aufwand für Rechnungskontrolle) im OKP- und VVG-Bereich zusammen an den OKP/VVG-Verwaltungskosten (ohne Abschreibungen)? *

Anteil an den Verwaltungskosten %

Anmerkungen oder Präzisierungen:



Qualitative Angaben zur Rechnungskontrolle

Stellen Sie fest, dass bei bestimmten Kategorien von Leistungserbringern der Anteil der beanstandeten Rechnungen überdurchschnittlich hoch ist? *

- ja
 nein

Qualitative Angaben zur Rechnungskontrolle

Bei welcher Kategorie von Leistungserbringern ist der Anteil der beanstandeten Rechnungen überdurchschnittlich hoch?

Qualitative Angaben zur Rechnungskontrolle

Welche Informationen fehlen Ihnen, um die Rechnungskontrolle noch besser durchführen zu können?

Welche gesetzlichen Massnahmen wären hilfreich, um die Rechnungskontrolle zu erleichtern?



Angaben zur Kontaktperson für Rückfragen

Angaben zur Kontaktperson für allfällige Rückfragen

Name

Vorname

Telefonnummer

Email

Allgemeine Anmerkungen zum Thema Rechnungskontrolle oder dem Fragebogen:

Die Umfrage ist beendet. Vielen Dank für die Teilnahme.

Das Fenster kann nun geschlossen werden.



B ANHANG 2: BEGLEITSCHREIBEN



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

An die Teilnehmer der Hauptbefragung

Für Rückfragen:
Cornelia Meier
Direktwahl: +41 32 625 4286
Cornelia.Meier@santesuisse.ch

Solothurn, 9. Mai 2018

Umfrage zur Rechnungskontrolle 2016

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen der aktuellen Diskussion um Kostensenkungsmassnahmen wird vermehrt in Frage gestellt, ob die Krankenversicherer der Aufgabe der Rechnungskontrolle genügend nachkommen. Die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzte Expertengruppe unter der Leitung von Verena Diener hat als prioritäre Massnahmen denn auch unter anderen die Stärkung der Rechnungskontrollen sowie die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde vorgeschlagen.

Die Rechnungskontrolle ist eine der zentralen Aufgaben der Krankenversicherer. Damit dies auch so bleibt, möchte santésuisse die Öffentlichkeit wie auch die Experten informieren, was die Branche im Bereich der Rechnungskontrolle leistet.

santésuisse hat daher das Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB) beauftragt, bei den Verbandsmitgliedern eine Umfrage zur Rechnungskontrolle 2016 durchzuführen. Die Umfrageergebnisse der einzelnen Krankenversicherer werden durch das IWSB ausgewertet, für die Gesamtbranche aggregiert und anschliessend santésuisse in anonymisierter Form zugestellt.

Wir bitten Sie, die Online-Umfrage bis Freitag, 25. Mai 2018 auszufüllen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an Herrn Nils Braun, Partner IWSB (nils.braun@iwsb.ch, 061 281 21 25).

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie zu aussagekräftigen Umfrageergebnissen bei. Dies ist wichtig, um in der öffentlichen Kommunikation die Bedeutung der Rechnungskontrolle durch die Krankenversicherer als wirksames Mittel zur Dämpfung des Kosten- und Prämienwachstums glaubwürdig zu vermitteln.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Freundliche Grüsse

santésuisse

Verena Nold
Direktorin

Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen