



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Medienmitteilung

Bern, 9. November 2023

Gezielte Rechnungskontrolle der curafutura-Versicherer bringt 1.7 Milliarden Minderausgaben – eine schlanke einheitliche Finanzierung EFAS bringt hier zusätzlich Schub

Die einheitliche Finanzierung EFAS ist in der Schlussrunde. Die Reform vereinheitlicht die Finanzierung und führt bei einem schlanken Prozess zu erheblicher Kostendämpfung. Im Fokus des Parlaments ist in der Wintersession die Rechnungskontrolle – das Kerngeschäft der Versicherer. Diese hilft mit, die steigenden Gesundheitskosten einzudämmen. 1.7 Milliarden Franken an Minderausgaben pro Jahr bringt die effiziente Kontrolle alleine dank unserer vier Mitglieder. Branchenweit summieren sich diese auf rund 3.5 Milliarden Franken.

Das Volumen der ambulanten Leistungen nimmt aufgrund der gewollten Ambulantisierung laufend zu – auf Kosten der Prämienzahlerinnen und -zahler, die diese Leistungen zu 100 Prozent finanzieren. Eine der Massnahmen, die zur Entlastung führt, ist die Rechnungskontrolle der Versicherer. Der Betrag, der dank gezielter Kontrolle eingespart wird, ist beachtlich. Die curafutura-Mitglieder CSS, Helsana, Sanitas und KPT erzielen so Minderausgaben von 1.7 Milliarden Franken jährlich. Ohne Rechnungskontrolle würden die Prämien deutlich höher ausfallen.

In der aktuellen Debatte rund um die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS kommt der Rechnungskontrolle eine besondere Bedeutung zu. Für die Versicherer ist klar: Es ist ihre Kernkompetenz, Rechnungen zu kontrollieren. Das muss so bleiben. Sie haben die Instrumente, das Fachwissen und das Personal, um dieser wichtigen Aufgabe im Auftrag ihrer Versicherten gezielt nachzukommen. Dieser Prozess muss effizient bleiben, sonst wird das Kostendämpfungspotenzial von EFAS nutzlos verpufft.

10 Prozent Einsparung auf den Prämien

Die mit der systematischen Kontrolle erzielten Einsparungen für den Prämienzahler belaufen sich branchenweit auf geschätzt 3.5 Milliarden Franken. Das entspricht rund 10 Prozent Einsparungen auf den Prämien. Alle Krankenversicherer zusammen kontrollieren jährlich über 130 Millionen Rechnungen. Der Aufwand nur für die Rechnungskontrolle in der obligatorischen Grundversicherung beträgt geschätzt 400 Millionen Franken pro Jahr. Das ist eine gute Investition, da jeder ausgegebene Franken in diesem Bereich 9 Franken Einsparungen bringt.

Bei der Rechnungskontrolle kommen Einzelkontrolle, statistische Verfahren sowie gezielte Betrugsbekämpfung durch die Mitarbeitenden zum Einsatz, um die Rechnungen auf vertragliche, tarifliche und gesetzliche Bestimmungen zu überprüfen und somit die Prämienzahlenden nicht zusätzlich zu belasten, weil Leistungsabrechnungen falsch gestellt werden. Prüffregeln im System sorgen dabei für eine gute Filterung der Leistungen auf deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, so wie es das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG verlangt.

Überprüfen auch die Versicherten ihre Rechnungen, hilft dies zusätzlich, Kosten einzudämmen. Seit vergangem Jahr erhalten alle Patientinnen und Patienten auch von Gesetzes wegen verbindlich eine Rechnungskopie. curafutura unterstützt diese Massnahme. Ist der neue Einzelleistungstarif TARDOC endlich eingeführt, wird das Lesen der Rechnung vereinfacht, weil die Zahl der tarifierten Leistungen deutlich



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

abnimmt und deren Bezeichnung im Gegensatz zum veralteten TARMED wieder aktuell ist und der tatsächlich erbrachten Leistung entspricht.

Entscheidender Beitrag zur Missbrauchsbekämpfung

Im Verlauf von 2022 haben sich bei den Krankenversicherern immer mehr Kundinnen und Kunden gemeldet mit Covid-Tests auf Leistungsabrechnungen, die nicht stattgefunden haben. Mittels forensischer datenbasierter Analysen auf missbräuchliche und betrügerische COVID-Tests konnten unsere Mitglieder Missbrauch eruieren sowie Leistungserbringer identifizieren, welche überproportional hohe Anteile an «ausführlichen Arzt-Patienten-Gesprächen» fakturiert haben.

Mutmassliche Schadensumme ca. 20 Mio.

Häufigste Missbrauchsmuster: Nicht durchgeführte Tests, doppelt verrechnete Tests und fehlende Aufsicht durch medizinisches Fachpersonal. Das Bundesamt für Gesundheit BAG benutzt die Analysen zur Durchsetzung der Rückforderungen der überproportional verrechneten «ausführlichen Arzt-Patienten-Gespräche» sowie zur Überprüfung der mutmasslich auffälligen Corona-Test-Center. Erhärtet sich der Verdacht in der Untersuchung, leitet das BAG eine verwaltungsrechtliche Strafuntersuchung ein.

Kontakt für Medienschaffende

Simone Hinnen, Leiterin Kommunikation, 076 373 79 74; simone.hinnen@curafutura.ch