

Gesundheitskosten 2015

Der Kostenanstieg hält weiter an

Die neusten Zahlen des Datenpools von santésuisse zeigen, dass die Gesundheitskosten 2015 weiterhin wachsen. Im Vergleich zum Vorjahr haben die Gesamtkosten zulasten der obligatorischen Krankenversicherung um 4,92% auf 29,7 Milliarden Franken zugenommen.

Im Vergleich zur durchschnittlichen Erhöhung der letzten zwanzig Jahre – jeweils 3 bis 4% – sind die Gesundheitskosten im Jahr 2015 markant gestiegen. Laut den neusten Zahlen des Datenpools von santésuisse, dem Dachverband der Schweizer Krankenversicherer, sind die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gegenüber 2014 um 4,92% gestiegen. Die Kosten aller Leistungserbringer zusammen beliefen sich 2015 auf 29,7 Milliarden Franken, was im Vergleich zum Vorjahr einer Zunahme von 1,4 Milliarden Franken entspricht.

Mehr Konsultationen und teure Behandlungen

Die Zahl der medizinischen Konsultationen hat sich stärker entwickelt als das demografische Wachstum, was in diesem Bereich zu einer Ausweitung der Leistungen geführt hat. Im Bereich Medikamente wirkte sich der Entscheid des Bundesrats, die Preise in den Jahren 2015 und 2016 nicht anzupassen, auf die Kosten aus. Die in den Vorjahren erzielten Kostensenkungen werden erst wieder 2018 möglich sein, wenn erneut die periodische Prämienanpasung erfolgt. Der von santésuisse durchgeführte Vergleich der Vertriebsmargen bei den Medikamenten zeigt, dass die Margen in der Schweiz um 489 Millionen Franken höher sind als in den vergleichbaren europäischen Ländern. Das entspricht einem zu viel bezahlten Betrag von 2% der Prämie.

Physiotherapeuten und Labors: starker Anstieg

Betrachtet man die Kosten nach Leistungserbringerkategorie, verzeichnen die Physiotherapeuten mit 9,22% den markantesten Anstieg. Dieser ist in erster Linie auf Tarifanpassungen zurückzuführen, die nach langwierigen und zähen Verhandlungen zwischen den Physiotherapieverbänden und den Krankenversicherern zustande gekommen sind. Es folgen die Labors mit einer Zunahme von 8,61%, die in Verbindung mit den gestiegenen Arztkosten steht: Um eine Diagnose zu stellen oder zu bestätigen, bestellt der konsultierte Arzt oft Laboranalysen.

Ärzte: +458 Millionen Franken

Die Kosten der Apotheken sind um 6,53% auf 3,56 Milliarden Franken gestiegen. An vierter Stelle stehen die Ärzte, deren Kosten um 5,4% zugenommen haben. Betragsmässig sind die Kosten der ambulanten Leistungen der Ärzte 2015 am stärksten gestie-

gen: +458 Millionen Franken, was Gesamtkosten in Höhe von 8,951 Milliarden Franken entspricht. Die Leistungen der Ärzte allein machten rund 30% der Kosten zulasten der OKP aus (inkl. selbst abgegebene Medikamente und medizinische Heilmittel). Laut santésuisse sind die Gründe dafür einerseits die deutliche Zunahme neuer Arztpraxen 2012 und Anfang 2013 – nach der Aufhebung des Moratoriums für neue Arztpraxen und vor seinem Wiederinkrafttreten per 1. Juli 2013 – und andererseits die wachsende Anzahl Spezialisten.

Spitäler: 40% der Kosten

Der Spitalbereich, der 40% der Ausgaben der OKP ausmacht und in dem die Kosten seit mehreren Jahren ununterbrochen ansteigen, lag 2015 ausnahmsweise leicht unter dem Durchschnitt: Die ambulanten Spitalleistungen haben um 4,85% zugenommen und die stationären um 3,02%. Haben die Anpassungen der Verteilschlüssel die Spitalkosten stabilisiert? Die Zukunft wird es zeigen. Für 2016 haben mehrere Kantone ihren Kostenschlüssel zur Finanzierung der stationären Spitalkosten weiter angepasst. Dabei wird der über Steuern finanzierte Anteil der Kantone bis 1. Januar 2017 auf mindestens 55% erhöht, der über Prämien finanzierte Anteil hingegen auf 45% beschränkt. Die Spitalkosten, die von der OKP übernommen werden, bleiben aufgrund dieser Anpassungen stabil. Die Ausgaben sind iedoch weiterhin hoch. 2015 beliefen sie sich auf 12,079 Milliarden Franken.

Pflegefachpersonen, Pflegeheime und Spitex-Organisationen verzeichneten eine geringere Zunahme. Ihre Kosten stiegen um 2,57% auf 2,615 Milliarden Franken. Heute macht dieser Bereich zwar lediglich 9% der Kosten zulasten der OKP aus, seine Entwicklung wird jedoch angesichts der immer älter werdenden Bevölkerung in der Schweiz genau verfolgt werden müssen.

Welche Reformen braucht es, um den Anstieg zu bremsen?

Obwohl sich die Krankenversicherer durch sorgfältige Kontrollen der medizinischen Rechnungen und bei den Tarifverhandlungen dafür einsetzen, die Gesundheitskosten möglichst tief zu halten, sind Reformen nötig, um das finanzielle Gleichgewicht des Gesundheitssystems zu sichern: Überarbeitung des Leistungskatalogs. Förderung von Generika. Tarifverhandlungen mit dem Ziel der Kostenstabilität, bessere Betreuung der Patienten dank integrierter Versorgung sowie verbesserte Koordination aller Beteiligten, z. B. mit dem elektronischen Patientendossier. Verena Nold, Direktorin santésuisse, betont: «Das Kostenwachstum bleibt ungebremst. Es werden immer mehr Leistungen verrechnet. Wir fordern die Verbände der Leistungserbringer auf, sich in den Tarifverhandlungen ernsthaft für bezahlbare Tarife einzusetzen. Eine Dämpfung des Kostenwachstums ist anders nicht möglich.»

Quelle: Datenpool SASIS, santésuisse, Solothurn 2016; Bruttoleistungen zulasten der OKP, Behandlungsjahre 2014 und 2015, jeweils Abrechnungszeitraum von 18 Monaten

Mehr Informationen

www.santesuisse.ch www.bag.admin.ch

Positionspapiere der Groupe Mutuel zur Gesundheitspolitik:

www. group emutuel. ch/ge sundheits politik



LOGIN 4/2016 DOSSIER

Die Prämien müssen die Kosten decken

Vernünftige Prämienanpassungen

Die Groupe Mutuel behält ihren Kurs mit einer konkurrenzfähigen, vernünftigen Prämienpolitik bei.

Bei der Berechnung der Prämien 2017 müssen die Krankenversicherer den Kostenanstieg zwischen Januar und Juni 2016 berücksichtigen. Für zwei Drittel der Versicherten der Groupe Mutuel wird der Prämienanstieg zwischen Fr. 5.— und Fr. 30.— pro Monat liegen, bei den meisten Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren zwischen Fr. 5.— und Fr. 15.—. Das Versicherungsmodell und die Franchise — beide frei vom Versicherten wählbar — bestimmen die definitive Höhe der Prämie 2017.

Wodurch werden Ihre Prämien beeinflusst?

Ihre Prämie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie beispielsweise der Höhe der Franchise und der Alterskategorie (Kinder 0–18 Jahre, junge Erwachsene 19–25 Jahre und Erwachsene ab 26 Jahren). Wenn Sie 2017 19 Jahre alt werden, wird Ihnen automatisch die ordentliche Franchise von Fr. 300.– zugeteilt. Sie können sich jedoch auch für eine höhere Franchise entscheiden

oder ein alternatives Versicherungsmodell wählen (Tel. 0800 808 848 oder E-Mail offerten@groupemutuel.ch).

Wettbewerbsvorteil der Groupe Mutuel

Die Groupe Mutuel verfolgt im Vergleich zu ihren Mitbewerbern weiterhin eine vernünftige Prämienpolitik. Dabei folgen die Krankenversicherer der Groupe Mutuel dem Grundsatz, dass die Kosten durch die Prämien gedeckt werden müssen. Ihre Prämienpolitik ist auf Langfristigkeit ausgerichtet, wodurch sprunghafte Preisanstiege vermieden werden, die das Vertrauen der Versicherten beeinträchtigen.

Auch die individuellen Anpassungen fallen je nach Art der Versicherung (z. B. traditionelle Grundversicherung, alternative Versicherungsmodelle, HMO), Wohnkanton und Prämienregion unterschiedlich aus. Der genaue Prämienbetrag für 2017 steht auf Ihrem Versicherungsausweis, den Sie im Oktober erhalten.

Geschäftsziel Effizienz

Verwaltungskosten OKP: hervorragendes Ergebnis

Die Groupe Mutuel legt grossen Wert auf die Qualität der Arbeitsprozesse und achtet insbesondere darauf, die Verwaltungskosten möglichst tief zu halten.

Dank einer Informationsplattform der neusten Generation gehören die Verwaltungskosten der Groupe Mutuel zu den tiefsten in der Schweiz. Sie betragen Fr. 147.– pro Versicherten (Branchen-

Kostenverteilung KVG für Fr. 100.- Prämien



durchschnitt 2014: Fr. 158.-). Diese Effizienz zeigt sich insbesondere bei der Rechnungskontrolle. Im vergangenen Jahr hat die Groupe Mutuel über 14 Millionen medizinische Rechnungen aus allen Leistungsbereichen erhalten. Dank der Kontrolle und den Korrekturen konnten die Ausgaben um fast 10%, d. h. um rund 500 Millionen Franken, gesenkt werden. Das entspricht einer Reduktion der Prämien um 2,5%. Die grössten Einsparungen im Jahr 2015 konnten bei den ambulanten Leistungen (125 Mio. Fr.), den stationären Spitalleistungen und Pflegeheimen (122 Mio. Fr.), den ambulanten Spitalleistungen und Ärzten (65 Mio. Fr.) sowie bei den Apotheken (24 Mio. Fr.) erzielt werden. Die Rechnungen werden intern durchschnittlich innerhalb von 4 Tagen bearbeitet, mit dem Ziel, den Versicherten medizinische Leistungen innerhalb von 15 Tagen erstatten.





DOSSIER LOGIN 4/2016

Die Schritte der Prämiengenehmigung

Wie wird die Prämie berechnet?

Leistungen und Prämien entwickeln sich parallel. Genehmigt werden die Prämienbeträge vom Bundesamt für Gesundheit.

Bis 31. Juli jedes Jahres berechnen die Krankenversicherer die Prämien für das nächste Kalenderjahr auf Basis der voraussichtlichen Kosten. Danach reichen sie diese zusammen mit den definitiven Zahlen des Vorjahres (z. B. 2015), den Hochrechnungen des laufenden Jahres (2016) und dem Budget des folgenden Jahres (2017) dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Genehmigung ein. Das BAG prüft die Prämien in Bezug auf die finanzielle Sicherheit des Versicherers, die Deckung aller Kosten und die Einhaltung der gesetzlichen Grundlagen. Ausserdem muss der Versicherer die gesetzlichen Bestimmungen über die Prämien für junge Erwachsene und Kinder sowie über die Prämienregionen einhalten.

Aufgrund von Erfahrungswerten, Kostenprognosen und Vergleichen zwischen Versicherern prüft das BAG die für das Folgejahr vorgelegten Budgets. Dabei werden generelle und individuelle Risikofaktoren für jeden Versicherer gewichtet und bei der Prüfung berücksichtigt (z. B. die Entwicklung des Versichertenbestands, die Risikostruktur, die Kostenentwicklung, die Budgetierung des Risikoausgleichs und die aktuelle finanzielle Lage). Entsprechen die eingereichten Prämien nicht den Vorgaben der Aufsichtsbehörde, müssen sie korrigiert werden. Hauptziel dabei ist, dass die Prämien eines Jahres die Gesundheitskosten desselben Jahres decken.

Demnach müssen die Krankenversicherer Prognosen zur Kostenentwicklung erstellen, die sich aber im Nachhinein als zu optimistisch oder als zu pessimistisch herausstellen können. Die Komplexität der Berechnung ist auf den zeitlichen Abstand zwischen

der Prämienberechnung und dem endgültigen Ergebnis der Prämieneinnahmen und Kostenausgaben zurückzuführen.

Kündigungen und Änderungen

Sie haben das Recht, Ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung bis am 30. November 2016 auf das Jahresende zu kündigen, vorausgesetzt alle ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sind bis zum 31. Dezember 2016 bezahlt. Bis am 30. November 2016 können Sie eine tiefere Jahresfranchise und bis am 31. Dezember 2016 eine höhere Jahresfranchise beantragen. In beiden Fällen ist das Datum, an dem wir den Antrag erhalten, massgebend. Bitte melden Sie uns alle Änderungen Ihrer persönlichen Daten, wie Adresse, E-Mail-Adresse, Kontoangaben (Bank oder PostFinance) für Rückerstattungen oder Rechnungen schriftlich innerhalb von 30 Tagen.



Die Groupe Mutuel in Leaderposition

2015 verzeichnete die Groupe Mutuel 34'987 neue Versicherte in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), was einem Wachstum von 2,9% entspricht. Per 1. Januar 2016 zählte das Unternehmen somit 1'227'332 Versicherte. Der Umsatz des Bereichs Gesundheit der Groupe Mutuel-Krankenversicherer ist 2015 von 4,72 Milliarden Franken auf 4,99 Milliarden Franken gestiegen. Das Prämienvolumen im Bereich KVG erreichte 4,2 Milliarden Franken. Die Gesundheitskosten pro Versicherten stiegen gegenüber dem Vorjahr um 6,3% auf 3'340 Franken. In den Risikoausgleich zwischen den Versicherern bezahlten die Groupe Mutuel-Mitgliedskrankenversicherer 213,8 Millionen Franken.

Stabilität des Bereichs Zusatzversicherungen

Das Gesamtergebnis dieses Tätigkeitsbereichs beläuft sich auf 52,1 Millionen Franken im Jahr 2015 (2014: 122,2 Mio. Franken). Das entspricht einem Rückgang um 57,3%, der insbesondere mit den unseren Versicherten gewährten Tarifreduktionen zusammenhängt. Die finanzielle Stabilität dieses Tätigkeitsbereichs ist weiterhin gesichert.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Kosten und Prämien untrennbar verknüpft

Die Gesamtkosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) überschritten 2015 29,7 Milliarden Franken gegenüber 28,3 im Jahr 2014, was Ausgaben von durchschnittlich rund Fr. 3'562.— pro Versicherten entspricht (2014: Fr. 3'464.—). Bereits 2014 waren diese Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um nahezu 2 Milliarden Franken stark gestiegen. Verursacht wurde dies vor allem durch die stationären und ambulanten Spitalleistungen sowie die Kosten der Arztpraxen.

Demnach wachsen die Gesundheitskosten in der Schweiz weiterhin stärker als die Gesamtwirtschaft. Und auch 2016 zeichnet sich in der OKP ein erneuter

Kostenanstieg ab: Die Statistik des Datenpools von santésuisse zeigt für das erste Halbjahr 2016 im Vergleich zum gleichen Zeitraum des Vorjahres eine steigende Tendenz. Wie üblich gibt es kantonale Unterschiede und Abweichungen je nach Prämienregion, Krankenversicherer sowie Versicherungsmodell und gewählter Franchise.

Insgesamt haben zwischen Januar und Juni 2016 die Bruttokosten für alle medizinischen Leistungen OKP im Vergleich zum ersten Halbjahr 2015 von 15,1 Milliarden auf rund 16 Milliarden Franken zugenommen, das entspricht einem Anstieg von 893 Millionen Franken.

LOGIN 4/2016 DOSSIER

Gemäss Vereinbarung zwischen santésuisse und dem BAFU

Rückverteilung der Umweltabgaben an die Bevölkerung durch die Krankenversicherer

Das Bundesamt für Umwelt (BAFU) erhebt Lenkungsabgaben auf umweltschädlichen Stoffen und verteilt die Erträge über die Krankenversicherer an die Bevölkerung zurück.

Der Betrag wird von den Prämienabrechnungen 2017 abgezogen.

Der Bund erhebt seit 2008 eine CO2-Abgabe auf fossilen Brennstoffen wie Heizöl oder Erdgas. Dabei handelt es sich nicht um eine Steuer, sondern um eine Lenkungsabgabe, die einen Anreiz für den sparsamen Gebrauch von fossilen Brennstoffen schaffen soll. Die Einnahmen verbleiben denn auch nicht in der Staatskasse. Nach Abzug des Anteils, der in das Gebäudeprogramm zur Förderung CO2-wirksamer Massnahmen und den Technologiefonds fliesst, werden die Abgabeerträge an die Unternehmen und die Bevölkerung zurückverteilt.

2017 beläuft sich der Betrag, der an die Bevölkerung zurückverteilt wird, auf 451 Millionen Franken. Damit werden die Haushalte belohnt, die wenig umweltschädliche Brennstoffe verbrauchen.

Hinzu kommen 122 Millionen Franken Abgabeerträge aus der VOC-Lenkungsabgabe (VOC = volatile organic compounds, also flüchtige organische Verbindungen). Diese Gase werden insbesondere bei der Verwendung von Lösungsmitteln freigesetzt und sind mitverantwortlich für die Ozonbelastung im Sommer.

2017 wird der Bund somit insgesamt 573 Millionen Franken aus den Umweltabgaben an die Bevölkerung zurückverteilen, was Fr. 67.80 pro Person entspricht. Das BAFU ist mit der Rückverteilung der Abgabeerträge an die Bevölkerung durch die Krankenversicherer beauftragt. Der Betrag wird von den Prämienabrechnungen 2017 abgezogen.

Wer auf die Umwelt achtet, wird belohnt

Das System der Umweltabgaben basiert auf einem einfachen Prinzip: unserer Gesundheit und der Umwelt zuliebe die Verschmutzung verringern. Durch höhere Preise der umweltschädlichen Stoffe wird ein Anreiz geschaffen, diese mit Zurückhaltung zu verwenden. Ausserdem funktionieren diese Abgaben nach dem Verursacherprinzip: Wer wenig umweltschädliche Substanzen verwendet, erhält mehr Geld, als er für die Abgaben ausgibt.

Die Rückverteilung der Erträge aus Umweltabgaben über die Krankenversicherungen erzielt die gewünschten Resultate. Das transparente und kostengünstige System basiert auf einer Vereinbarung zwischen der Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer santésuisse und dem BAFU.

Mehr Informationen

www.bafu.admin.ch/co2-abgabe/ www.bafu.admin.ch/voc

Ausschluss der Unfalldeckung Ihre Rechte und Pflichten Seit dem Inkraftreten des KVG können arbeitstätige Personen, die über eine Unfallversicherung gemäss UVG verfügen, das Unfallrisiko bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausschliessen. Dieser Ausschluss ist allerdings nicht ganz ohne Risiko, wenn es der Versicherte beispielsweise bei der Beendigung der berdlichen Aktivität, dem Wegfall des Rechts auf Arbeitsosenentschädigung oder beim Bezug einer AHV-Rente unterlässt, den Krankenversicherer hierüber zu informieren. Wir erinnern Sie deshalb daran, dass Sie Ihren Krankenversicherer schriftlich über das Ende Ihrer beruflichen Aktivität – und somit über den Wegfall der obligatorischen UVG-Versicherungsdeckung – Informieren müssen, damit dieser unverzüglich das Unfallrisiko wieder in Ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung einschliessen kann.

Groupe Mutuel

Gesundheit® Leben® Vermögen® Unternehmen®

Groupe Mutuel

Rue des Cèdres 5 - Postfach - CH-1919 Martigny

