

**DIE GROUPE MUTUEL
SCHAFFT
ARBEITSPLÄTZE**

**200 Stellen
im Kanton
Waadt**



► Seite 3

**BERICHT EINER
VERSICHERTEN**

**Sekunda: in
guten Händen!**

► Seite 16

LeClub®

Rossignol



Exklusive Angebote
und grosser Wettbewerb
mit Rossignol-Produkten
zu gewinnen!

**Mehr dazu in der
«LeClub»-Beilage**

► **Mitte der Zeitung**

WIE FUNKTIONIERT UNSER GESUNDHEITSSYSTEM?

Das ABC der Krankenversicherung

Unser Dossier ► Seiten 4-8

EDITORIAL

Geschätzte Versicherte

Danke für Ihr kritisches Vertrauen und Ihre Treue – für uns sind das sehr wichtige Anhaltspunkte, die uns bei der Ermittlung Ihrer Bedürfnisse als Versicherte und Patienten helfen und zeigen, wo bei unserer täglichen Arbeit für Sie noch Verbesserungbedarf besteht. Erfreulich und motivierend ist, dass innerhalb der letzten drei Jahre über 300'000 neue Versicherte aus allen Landesteilen zu uns gestos-

sen sind. Das beweist, dass die Versicherten uns als soliden und vertrauenswürdigen Partner wahrnehmen. Doch es ist nicht zu übersehen, dass der Gesundheitsbereich immer komplexer wird: Spitalinfrastruktur, neue Medikamente, neue Behandlungsformen. Eine Entwicklung, die mit neuen Gesetzen, Regelungen und Richtlinien einhergeht. Das ist wohl der Preis, den ein reiches Land, das Nährboden für Forschung und Entwicklung neuer Medizintechni-

ken bietet, zu bezahlen hat. Unsere Herausforderung? Uns diesen Rahmenbedingungen anzupassen und Ihnen dabei hochwertige Dienstleistungen zu vernünftigen Preisen zu bieten. Deshalb engagieren wir uns für eine gerechte Finanzierung, die sowohl für die Jungen als auch für Familien und Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen tragbar ist.



Yves Seydoux
Leiter Unternehmenskommunikation

Impressum

LOGIN ist eine Veröffentlichung der Groupe Mutuel, Association d'assureurs, Martigny.

Redaktion: Jean-Michel Bonvin, Christian Feldhausen, Yves Seydoux
 E-Mail: login@groupemutuel.ch
 Druck: CIR, Sitten
 Fotos: Getty Images, S. 11: Tom J. Brydone, Scotland
 Erscheinungsweise: Vierteljährlich auf Deutsch, Französisch und Italienisch
 Gesamtauflage: 750'000 Exemplare
 Internet: www.login-online.ch

Kontakt

Groupe Mutuel | Rue du Nord 5 | 1920 Martigny
0848 803 333 Rückerstattung Ihrer Rechnungen
0848 803 555 Versicherungsvertrag und -prämien
0848 803 999 Lebensversicherung
0848 803 111 bei allen übrigen Fragen
 Fax 0848 803 112
 info@groupemutuel.ch | www.groupemutuel.ch

Regionalagenturen

7.45-12.00 Uhr und 13.30-17.30 Uhr
 (freitags und vor Feiertagen 17.00 Uhr)

- 5000 Aarau | Buchserstrasse 12
- 5400 Baden | Stadtturmstrasse 19
- 4052 Basel | Peter Merian-Strasse 58
- 1996 Basse-Nendaz | Place du Village
- 3011 Bern | Waisenhausplatz 25
- 2502 Biel/Bienne | Mühlebrücke 2
- 3902 Brig-Glis | Gliserallee 10
- 1630 Bulle | Rue de Vevey 11
- 7000 Chur | Grabenstrasse 9
- 2800 Delémont | Quai de la Sorne 22
- 1700 Fribourg | Rue de Locarno 9
- 1201 Genève | Rue Argand 3
- 1914 Iséables | Place de l'Eglise 3
- 1010 Lausanne | Route d'Oron 1
- 1006 Lausanne | Av. de la Rasude 8
- 6900 Lugano | Viale Stefano Francini 40
- 6003 Luzern | Hirschmattstrasse 40
- 1870 Monthey | Rue du Fay 2
- 2000 Neuchâtel | Faubourg de l'Hôpital 9
- 1937 Orsières | Route du Grand-St-Bernard
- 3960 Sierre | Rue de Pradec 1
- 1950 Sion | Avenue de la Gare 23
- 4500 Solothurn | Lagerhausstrasse 1
- 9000 St. Gallen | Poststrasse 12
- 7500 St. Moritz | Via Maistra 24
- 3924 St. Niklaus | Bahnhofstrasse 10
- 3600 Thun | Frutigenstrasse 24E
- 1872 Troistorrents | Place du Village 24
- 1752 Villars-s/Glâne | Route du Petit-Moncor 6
- 8400 Winterthur | Tösstalstrasse 7
- 8001 Zürich | Widdergasse 1
- 8050 Zürich-Oerlikon | Birchstrasse 117

FRAGEN UNSERER VERSICHERTEN

Vergütung von Medikamenten?

Eine unserer Versicherten hat sich wegen der Vergütung eines Medikaments an uns gewandt: Ihr Krankenversicherer hat ihr einen Beitrag von Fr. 50.– in Rechnung gestellt. Unser Kundendienst gibt Auskunft.

Es gibt verschiedene Arten von Medikamenten. Einige werden immer von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen; dies sind insbesondere die Medikamente, die auf der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) und der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind. Zusatzversicherungen übernehmen weitere Medikamente, die nicht auf diesen Listen stehen; davon ausgeschlossen sind jedoch Arzneimittel der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV), die von den Versicherten selbst zu bezahlen sind.

In Ihrem Fall steht das verordnete Medikament nicht auf den vorher erwähnten Listen. Daher ist es ein sogenanntes «nicht kassenpflichtiges» Medikament, das nur von Ihrer Zusatzversicherung übernommen wird. Ihr Versicherer hat Ihren Anspruch auf Vergütung berücksichtigt, jedoch gilt gemäss den Besonderen Versicherungsbedingungen für Ihre Zusatzversicherung eine Jahresfranchise von Fr. 50.–, und genau die-

ser Betrag wurde Ihnen in Rechnung gestellt.

Generika nicht vergessen!

Medikamente machen über 20% der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus (insgesamt 4,8 Milliarden Franken); damit sind sie einer der grössten Kostenpunkte. Durch die verstärkte Verwendung von Generika konnten in diesem Bereich Kosten eingespart werden.

Wer sich statt des Originalmedikaments ein gleichwertiges Generikum verschreiben lässt, schont auch das Portemonnaie, denn für ein Generikum zahlt man statt 20% nur 10% Selbstbehalt. Wir empfehlen Ihnen, dieses Thema bei Ihrem nächsten Arzttermin anzusprechen und Ihren Arzt zu bitten, Ihnen wenn möglich ein gleichwertiges, aber günstigeres Generikum zu verschreiben.



SERVICECENTER LAUSANNE DER GROUPE MUTUEL

Bald 200 Stellen im Kanton Waadt

2012 werden wir in jeder Login-Ausgabe eines unserer ServiceCenter vorstellen. Den Anfang macht Lausanne, gefolgt von Zürich-Oerlikon, Villars-sur-Glâne (Freiburg), Sitten und Martigny. Eine Betrachtung der Krankenversicherer in ihrer Eigenschaft als Anbieter von Arbeitsplätzen und Know-how.

Waadtland und Groupe Mutuel: Bestimmung

Die Entwicklung der Groupe Mutuel ist stark im Waadtland verankert. 2000 trat die Caisse Vaudoise, deren Verwaltung bis dahin der Gesellschaft Retraites Populaires in Lausanne anvertraut war, der Groupe Mutuel bei. Ein kluger Entscheid, denn die Caisse Vaudoise hatte einen Drittel ihrer Versicherten verloren und in den letzten Geschäftsjahren Defizite verzeichnet. Unter dem neuen Emblem erholte sich die Caisse Vaudoise und sicherte sich das Überleben. 2006 schloss sich der Krankenversicherer Philos mit Standorten in Montreux und Toloche-naz mit seinen 120'000 Versicherten der Groupe Mutuel an, um sich dynamischer entwickeln zu können. Und auch diese Entscheidung war goldrichtig.

Nummer eins im Waadtland

Die neuen Waadtländer Mitarbeitenden waren also auf drei Standorte verteilt. Aus Platzgründen und aufgrund der starken Geschäftsentwicklung wurde eine Zentralisierung der Mitarbeitenden

nötig. Im Mai 2010 sind deshalb rund 180 Mitarbeitende in das neue ServiceCenter Lausanne – ein von der Pensionskasse der Edipresse erworbenes Gebäude an der Avenue de la Rasude (siehe Foto) – umgezogen. Ein idealer Standort für ein leistungsstarkes, auf unsere Versicherungstätigkeiten zugeschnittenes ServiceCenter. Die Mitarbeiterzahl in Lausanne wird bald auf über 200 steigen, denn das ServiceCenter wird sich weiterentwickeln, um dem starken Anstieg des Versichertenbestands (über 300'000 Personen in den letzten drei Jahren) gemeinsam mit den anderen Unternehmens-einheiten gerecht zu werden.

Heute ist die Groupe Mutuel mit 540'000 Mitgliedern grösster Krankenversicherer in der Westschweiz und Nummer eins im Waadtland, wo sie mit 230'000 Versicherten einen Drittel der gesamten Kantonsbevölkerung und fast die Hälfte ihrer Westschweizer Versicherten zählt.

Rund 5'000 versicherte Unternehmen

Durch seine ideale Lage entstehen im ServiceCenter Lausanne neue Synergien für

die Geschäftsentwicklung in allen Tätigkeitsbereichen, insbesondere bei den Unternehmensversicherungen. 4'860 Waadtländer Unternehmen sind bei der Groupe Mutuel für Unfall, Taggeld und berufliche Vorsorge versichert. Grund genug, die guten Beziehungen mit dem Kanton Waadt und der Stadt Lausanne, Hauptschlagader des Kantons und Knotenpunkt der Westschweiz, zu pflegen.

Anspruchsvolle und motivierende Arbeitsplätze

Die rund 200 Stellen in Lausanne decken alle Bereiche der Personenversicherung für Einzelpersonen und Unternehmen ab; Arbeitsplätze mit hohem Mehrwert, die immer gezielteres Know-how verlangen, da die Konkurrenz stärker und die Kunden anspruchsvoller werden – eine grosse Motivation! Beweis dafür ist die Entwicklung der Groupe Mutuel in den Jahren 2010 und 2011: Der Versichertenbestand ist auf über 1,1 Mio. gestiegen. In unserer Unternehmensstrategie werden Lausanne und das Waadtland auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielen. ●



WIE FUNKTIONIERT UNSER GESUNDHEITSSYSTEM?

Das ABC der Krankenversicherung

Das Schweizer Gesundheitssystem zählt zu den besten der Welt, ist aber auch eines der teuersten: Die Schweiz gibt 11,4% ihres BIP für Gesundheitskosten aus (insgesamt 61 Milliarden Franken). Die Hälfte dieses Betrags (30 Milliarden) übernimmt die Krankenversicherung, ein relativ komplexer, von den Krankenversicherern geführter Bereich. Die Arbeit der Krankenversicherer ist wenig bekannt, manchmal sogar verkannt. Deshalb haben wir in unserem Dossier verschiedene Definitionen zusammengetragen, die zum besseren Verständnis des Aufgabenbereichs der Krankenversicherer beitragen sollen.

OBLIGATORISCHE KRANKENVERSICHERUNG

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen müssen krankenversichert sein. Die obligatorische Krankenversicherung wird vom 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt.

KVG
Krankenversicherungsgesetz von 1996

KVV
Krankenversicherungsverordnung

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)
Die OKP, auch Grundversicherung genannt, ist im KVG geregelt. Sie bietet allen Versicherten hochwertige medizinische Versorgung und Zugang zu

einer breiten Palette an medizinischen Leistungen.

Alternative Versicherungsmodelle (AVM) oder Managed Care-Modelle
Versicherungsmodelle, bei denen der Versicherte für alle gesundheitlichen Fragen einen bevorzugten Ansprechpartner wählt (Arzt, medizinische Telefonberatung). Der Versicherte akzeptiert eine eingeschränkte Wahl und erhält als Gegenleistung einen gesetzlich festgelegten Prämienrabatt (zwischen 5 und 20%).

Telemedizinmodell
Modell, bei dem der Versicherte eine medizinische Telefonberatung kontaktieren muss, bevor er einen Arzt auf-

sucht. Das medizinische Fachpersonal beurteilt die Situation und gibt Empfehlungen (Selbstmedikation oder Konsultation beim Arzt oder im Spital).

Hausarztmodell
Modell, bei dem sich der Versicherte verpflichtet, zuerst den Hausarzt zu konsultieren, der ihn nötigenfalls an einen Spezialisten oder ein Spital überweist.

Pflegenetze, HMO (Health Maintenance Organization) oder Gruppenpraxen
Regionale Ärzteguppen oder -netze mit verschiedenen Fachrichtungen (z. B. ärztlicher Bereitschaftsdienst). Ziel ist, die Behandlungskette optimal zu koordinieren, damit bereits durchgeführte

Konsultationen und Untersuchungen nicht erneut gemacht werden. Erste Anlaufstelle des Patienten ist immer der gleiche Arzt, im Prinzip ein Allgemeinarzt, der nötigenfalls einen Spezialisten hinzuzieht.

Vereinbarung zwischen Ärztenetz und Krankenversicherer

Ärztenetze und Versicherer schliessen eine Vereinbarung ab, bei der die Ärztenetze im Allgemeinen Budgetmitverantwortung übernehmen (Budget: Kostenziel für die Betreuung eines Ver-

sichertenkollektivs; Budgetmitverantwortung: Beteiligung des Ärztenetzes an Gewinn oder Verlust bei Erreichen/Nichterreichen der Zielvorgabe). Für das Netz entsteht so ein Anreiz, das beste Preis-Leistungsverhältnis zu bieten.

Taggeldversicherung

Diese Versicherung ist freiwillig. Sie schützt gegen das Risiko eines Lohn- oder Erwerbsausfalls infolge Krankheit oder Unfalls. Die KVG-Deckung dieses Risikos kann auch mit einer Zusatzversicherung (VVG) ergänzt werden.

Versicherung ohne Erwerbszweck

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung verfolgt keinen Erwerbszweck. Allfällige Überschüsse fliessen in die Reserven, mit denen die Versicherer gewährleisten, dass die beanspruchten Leistungen in jedem Fall vergütet werden (siehe auch «Reserven»).

AVB (Allgemeine Versicherungsbedingungen gemäss KVG)

Bestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und freiwilligen Taggeldversicherung

ZUSATZVERSICHERUNGEN

Zusatzversicherung

Untersteht dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Freiwillige Privatversicherung, die zusätzliche Leistungen in folgenden Bereichen deckt: Spital (halbprivate und private Abteilung sowie allgemeine Abteilung ganze Schweiz), Krankenpflegeleistungen (wie Komplementärmedizin, Kuren oder nicht kassenpflichtige Medikamente) und diverse Versicherungen (Auslandsreiseversiche-

rung, Rechtsschutz). Vier von fünf Versicherten haben eine Zusatzversicherung.

Private Abteilung

Spitalaufenthalt in einem Ein-Bett-Zimmer und freier Arztwahl

Halbprivate Abteilung

Spitalaufenthalt in einem Zwei-Bett-Zimmer und freier Arztwahl

Spitalaufenthalt ganze Schweiz

Versicherungsdeckung für Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung. Mit dieser Deckung können sich Versicherte in öffentlichen und privaten Spitälern der Schweiz behandeln lassen.

AVZ (Besondere Bedingungen der Zusatzversicherungen gemäss VVG)

Bestimmungen zu den privaten Zusatzversicherungen

KRANKENVERSICHERER

Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, und ausserdem Zusatzversicherungen anbieten können. In der Schweiz gibt es 70 Krankenversicherer; einige unter ihnen gehören zu einer Versicherergruppe wie die Groupe Mutuel, die mehrere Krankenversicherer unter einem Dach vereint. Die zehn grössten Versicherer teilen sich nahezu 80% des Marktes. Für die Versicherten bedeutet diese Vielzahl, dass sie ihren Krankenversicherer frei wählen können. Dadurch

entsteht Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern, deren Ziel es ist, die Betriebskosten zu begrenzen und den Versicherten möglichst vernünftige Prämien sowie hochwertige Dienstleistungen anzubieten. Mit der Einführung einer Einheitskasse fiel dieser Anreiz weg.

Prämien

Vom Versicherer eingenommener Beitrag zur Deckung der Kosten für medizinische Leistungen. Die soziale

Krankenversicherung wird nach dem Umlageverfahren finanziert, die Prämieinnahmen eines Geschäftsjahres müssen also die Gesundheitskosten des gleichen Geschäftsjahres decken. Es ist aber durchaus möglich, dass die Gesundheitsausgaben innerhalb eines Jahres über oder unter den Prämieinnahmen liegen. Deshalb sind die Versicherer verpflichtet, das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren sicherzustellen (Art. 78 KVV).



Franchisen

Der Versicherte beteiligt sich an den Kosten, die er verursacht, mit einer Franchise. Bei den wählbaren Franchisen erhält er als Gegenleistung einen Prämienrabatt.

Erwachsene – ordentliche Franchise:

Fr. 300.– pro Jahr; Mindestbetrag, den alle Versicherten aus eigener Tasche bezahlen müssen. Die ordentliche Franchise gibt kein Anrecht auf Rabatt.

Erwachsene – wählbare Franchisen:

Fr. 500.–, Fr. 1'000.–, Fr. 1'500.–, Fr. 2'000.–, Fr. 2'500.– pro Jahr

Kinder – ordentliche Franchise:

Fr. 0.–

Kinder – wählbare Franchisen:

Fr. 100.–, Fr. 200.–, Fr. 300.–, Fr. 400.–, Fr. 500.–, Fr. 600.– pro Jahr

Selbstbehalt

Der Versicherte beteiligt sich zu 10% an den Kosten der in Anspruch genommenen Behandlungen, die den Betrag der Franchise überschreiten. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts ist gesetzlich festgelegt: Fr. 700.– für Erwachsene und Fr. 350.– für Kinder.

Beispiel:

Behandlungskosten: Fr. 1'200.– (Erwachsene)

Franchise: Fr. 300.–

Selbstbehalt: Fr. 1'200.– – Fr. 300.– = Fr. 900.– / Fr. 900.– x 10% = Fr. 90.–

zulasten des Versicherten:

Fr. 300.– (Franchise) + Fr. 90.– (Selbstbehalt) = Fr. 390.–

zulasten des Versicherers:

Fr. 1'200.– – Fr. 390.– = Fr. 810.–

Wirtschaftlichkeit

Im KVG verankerter Grundsatz, der besagt, dass alle Krankenversicherungsleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Alle drei Kriterien müssen gleichzeitig erfüllt sein (Art. 32 KVG).

Kostenkontrolle

Unter Kostenkontrolle versteht man die Prüfung aller eingehenden Rechnungen nach den drei vorher erwähnten Wirtschaftlichkeitskriterien. Dank der Kontrolle durch die Krankenversicherer werden jährlich 10% der Leistungen weniger ausgegeben, was zwei Milliarden Franken pro Jahr entspricht.

Vergleicht man diese Minderausgaben mit den Betriebskosten der OKP von jährlich einer Milliarde Franken, bleibt nach Abzug der Betriebskosten eine Nettoeinsparung von einer Milliarde Franken; das entspricht aufs Jahr gerechnet einer Prämien senkung um 5%.

Die Effizienz bei der Kontrolle der Rechnungen für medizinische Leistungen ist auf den Wettbewerb zwischen Versicherern zurückzuführen, denn es liegt in ihrem Interesse, die Kosten zu dämpfen, um ihren Versicherten konkurrenzfähige Prämien bieten zu können.

Prämienverbilligungen

Finanzieller Prämienbeitrag, den Kantone Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewähren. Die Kriterien für den Erhalt von Prämienverbilligungen (Einkommengrenzen, % der Beteiligung u. a.) werden von den Kantonen festgelegt.

2009 hat ein Drittel der Schweizer Bevölkerung (2,4 Millionen Personen), also die Hälfte der Haushalte, Prämienverbilligungen erhalten. Die von Bund und Kantonen gezahlten Prämienbeiträge belaufen sich auf 3,5 Milliarden Franken.

Risikoausgleich

Finanzieller Ausgleich zwischen den Krankenversicherern. Versicherer mit Versicherten, die höhere Risiken aufweisen als der Durchschnitt (kostenintensivere und häufigere Krankheitsfälle) werden von den Versicherern, die ein Versichertenportefeuille mit tieferen Risiken haben, finanziell unterstützt.

Kriterien: Der Ausgleich basiert auf drei Kriterien: Alter (junge und ältere Personen), Geschlecht und, seit 1. Januar 2012, Aufenthalte von mehr als drei Tagen in einem Spital oder Pflegeheim. Alle drei Kriterien werden berücksichtigt. Der Risikoausgleichsbetrag wird jedes Jahr neu berechnet. 2010 belief sich der Gesamtbetrag für den Risikoausgleich zwischen den Versicherern auf 1,5 Milliarden Franken. Die 15 grössten Zahler – darunter die Groupe Mutuel – decken 90% des Gesamtbetrags, die 15 grössten Empfänger erhalten 99%.

Beispiel: Ein Versicherer mit einem Portefeuille aus mehrheitlich Frauen, älteren Personen und Personen, die mehr als drei Tage eines Kalenderjahres in einem Spital oder Pflegeheim waren,

erhält als Ausgleich einen Betrag von den Versicherern mit mehr Männern, mehr Jungen und weniger Personen, die mehr als drei Tage im Spital oder Pflegeheim behandelt worden sind.

Vertragszwang

(Kontrahierungszwang)

Verpflichtung der Krankenversicherer, die Rechnungen aller Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zulasten des KVG zugelassen sind, zu vergüten.

Vertragsfreiheit

Möglichkeit der Versicherer oder Leistungserbringer, zu entscheiden, mit welchen Partnern sie eine Tarifvereinbarung abschliessen.

Freie Wahl des Versicherers

Möglichkeit des Versicherten, den Krankenversicherer frei zu wählen. Der Wettbewerb zwischen Versicherern basiert auf dieser Wahlmöglichkeit, die in einem Einheitskassensystem wegfiel.

Freie Arztwahl

Möglichkeit der Patienten, sich von einem frei gewählten Arzt, ob Allgemeinarzt oder Spezialist, behandeln zu lassen. Die freie Wahl gilt auch bei verschreibungspflichtigen Leistungen von Apothekern und Physiotherapeuten.

Tiers garant

Wenn nichts anderes vereinbart wurde, schuldet der Versicherte dem Leistungserbringer das Honorar. Im System des «Tiers garant» bezahlt der Versicherte die medizinische Rechnung und beantragt die Rückerstattung bei seinem Versicherer.

Tiers payant

In diesem System wird vertraglich vereinbart, dass der Versicherer das Honorar des Leistungserbringers bezahlt und dem Versicherten danach die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) in Rechnung stellt.

Reserven

Eigenmittel, über die der Versicherer verfügen muss, um die Vergütung der Rechnungen für medizinische Leistungen jederzeit und in jedem Fall zu garantieren. Die Reserven müssen eine gesetzlich festgelegte Mindestgrenze erreichen. Es gelten folgende Prozentsätze im Verhältnis zum Prämienvolumen:

Gesetzliche Mindestreserven:

- ▶ 10% für Versicherer mit mehr als 150'000 Versicherten
- ▶ 15% für Versicherer mit einem Versichertenbestand zwischen 50'000 und 150'000
- ▶ 20% für Versicherer mit weniger als 50'000 Versicherten

Ab 2012 werden die Reserven neu basierend auf den tatsächlichen Risiken berechnet.

Die Reserven sind für das Gleichgewicht des Systems sehr wichtig. Liegen die Kosten über den Prämieinnahmen, schöpft der Versicherer aus seinen Reserven, um die Vergütung der

medizinischen Leistungen weiterhin zu gewährleisten. Sind die Prämieinnahmen höher als die Ausgaben, fliessen die Überschüsse in die Reserven, die bei der Prämienkalkulation berücksichtigt werden und so zur Dämpfung von Prämienanpassungen beitragen.

Begrenzte Beträge: 2010 liegt der Betrag der Reserven bei Fr. 400.– pro Versicherten, was knapp den Prämieinnahmen für zwei Monate entspricht. Im Vergleich dazu beläuft sich der AHV-Fonds auf 12 Monate der Ausgaben, wobei die Verwaltung von Renten erheblich einfacher ist als die 80 Millionen Rückerstattun-

gen, welche die Krankenversicherer bearbeiten.

Rückstellungen

Buchhaltungsposten, die gebildet werden, um bereits erbrachte, aber noch nicht fakturierte und/oder nicht vergütete medizinische Leistungen zu decken. Grundsätzlich entsprechen diese Rückstellungsbeträge den Leistungen, die in drei Monaten erbracht werden. So können die Rechnungen der letzten drei Monate des Jahres, die innerhalb des ersten Jahresquartals beim Versicherer eingehen, vergütet werden.

LEISTUNGSERBRINGER

Medizinische Fachkräfte und Institutionen, die zur Tätigkeit zulasten des KVG zugelassen sind: Ärzte, Apotheker, Spitäler, Pflegeheime, Kureinrichtungen, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände im Rahmen einer Untersuchung oder Behandlung, Labors, Chiropraktoren, Hebammen, Geburtshäuser, Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (z. B. Physiotherapeuten) sowie Transport- und Rettungsunternehmen (Art. 24 bis 31 KVG).

Versicherungsleistungen

Alle Beträge, welche die Krankenversicherer den Versicherten oder den Leistungserbringern vergüten.

TARMED

Medizinischer Tarif für die Verrechnung aller ambulanten Leistungen in einer Arztpraxis oder im Spital, am Wohn- oder Arbeitsort des Patienten. Der Tarif umfasst 4'600 Tarifpositionen; die Bezeichnung der ärztlichen Leistungen ist schweizweit einheitlich, doch der TARMED-Taxpunktwert variiert nach Kanton (siehe www.tarmedsuisse.ch).

DRG

Englische Abkürzung für «Diagnosis Related Groups», die mit «Fallpauschalen» übersetzt werden kann.

Bei dieser Tarifstruktur wird jeder Spitalaufenthalt einer Gruppe von Krankheiten zugeordnet und die Leistungen werden pauschal abgerechnet. Dieses System ersetzt das bisherige, bei dem das Prinzip der Tagespauschale galt (Anzahl Tage des Spitalaufenthalts)

Tarifvereinbarungen

Abkommen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zur Regelung der Beziehungen zwischen den Partnern sowie der Tarife (Tarifschutz).

KVG-Vereinbarung: Abkommen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Zuständige Beschwerdeinstanz bei Uneinigkeit zwischen den Partnern ist der Kanton. Letztlich kann der Fall an das Bundesgericht weitergeleitet werden, das in letzter Instanz einen Entscheid trifft.

VVG-Vereinbarung: Abkommen, das im Zusatzversicherungsbereich auf privatrechtlicher Basis zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern ausgehandelt wird.

Spitalaufenthalt

Stationär: Aufenthalt von mehr als einem Tag im Spital oder während mindestens einer Nacht. Anfang 2012 wurde ein neues Finanzierungssystem eingeführt, das die Kostenaufteilung der Leistungen auf 55% zulasten der Kantone und 45% zulasten der Krankenversicherer festlegt. Die Tarife basieren auf den DRG.

Ambulant: Aufenthalt während eines einzigen Tages, ohne Übernachtung. Die Kosten werden gemäss TARMED ganz von den Versicherern getragen.

Ärzte (Arztpraxis)

Medizinische Behandlungen; Kostenübernahme gemäss TARMED.

Langzeitpflege

Pflegeheime: Einrichtungen zur Betreuung pflegebedürftiger Menschen (aus Altersgründen oder wegen einer Behinderung).

Spitex: Pflegeleistungen, die beim Versicherten zuhause erbracht werden und im KVG-Leistungskatalog aufgeführt sind.

Komplementär- oder Alternativmedizin

Komplementär- oder alternativmedizinische Behandlungen wie Naturheilverfahren, Homöopathie, Aromatherapie, Reflexologie oder Sophrologie. Es gibt über 200 komplementärmedizinische Methoden, die von rund 20'000 Therapeuten durchgeführt werden.

Zusatzversicherungen: Die obenerwähnten Behandlungen werden grundsätzlich über die Zusatzversicherungen übernommen, wenn sie von Therapeuten durchgeführt werden, die Mitglied eines vom Versicherer anerkannten Vereins sind, wie beispielsweise die Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin (ASCA) oder das Erfahrungsmedizinische Register (EMR).

Grundversicherung: Seit Beginn dieses Jahres vergütet die Grundversicherung provisorisch bis 2017 fünf komplementärmedizinische Behandlungen: Anthroposophische Medizin, Chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Phytotherapie.

Die Kosten werden nur übernommen, wenn die Leistungen von Ärzten mit spezifischer Ausbildung erbracht werden.

Managed Care (Integrierte Versorgung) – Case Management (Fallmanagement)

Betreuung von Patienten in komplexen Situationen – z. B. Patient mit gleichzeitiger Lungen- und Herzerkrankung – während der gesamten Behandlungskette, um so die besten medizinischen Leistungen am besten Ort und zum besten Preis zu gewährleisten.

Disease Management (Krankheitsmanagement)

Begleitung bei chronischen Erkrankungen (Diabetes, Herzinsuffizienz u. a.) durch optimale Koordination der verschiedenen Akteure in der Behandlungskette sowie durch Mitverantwortung des Patienten.

Medikamente

Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) und Spezialitätenliste (SL): umfassende Listen der pharmazeutischen Präparate und Medikamente mit den Preisen, zu denen sie von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden. Die Listen werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) erstellt. Nur vom Arzt verordnete Medikamente und Präparate werden übernommen.

Nicht kassenpflichtige Medikamente: Medikamente, die auf dem Markt erhältlich sind und nicht von der Grundversicherung übernommen werden. Sie können teilweise von einer Zusatzversicherung vergütet werden.

LPPV: Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung. Die Präparate dieser Liste werden ausschliesslich von den Versicherten bezahlt; sie werden weder von der OKP noch von einer Zusatzversicherung übernommen.

Generikum: Kopie eines Originalmedikaments dessen Patent (Herstellungsschutz) abgelaufen ist. Generika sind Medikamente mit gleichem Wirkstoff und gleichen Eigenschaften (Wirkung, Indizierung, Dosierung u. a.) wie das Original. Da keine Entwicklungskosten zu berücksichtigen sind, ist das Generikum bis zu 30% billiger als das Originalpräparat.

Entwicklung der Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), der Prämien und der Reserven (1996-2009)

	1996	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Anstieg im Jahresdurchschnitt 1996-2009
Gesamtkosten (in tausend Franken)	12'459	15'478	20'348	20'603	21'579	22'722	23'656	5%
Nettokosten pro Versicherten ¹ (in Franken)	1'624	1'935	2'468	2'493	2'586	2'705	2'777	4.2%
Landesweite Durchschnittsprämie pro Versicherten ² (in Franken)	1'539	1'850	2'487	2'583	2'612	2'586	2'611	4.1%
Reserven insgesamt (in tausend Franken)	2'856	2'832	3'184	3'749	3'970	3'252	2'863	0.02%
Reserven pro Versicherten (in Franken)		390	428	501	527	427	371	
Reserven (in % des Prämienvolumens)		21.1%	17.2%	19.4%	20.2%	16.5%	14.2%	

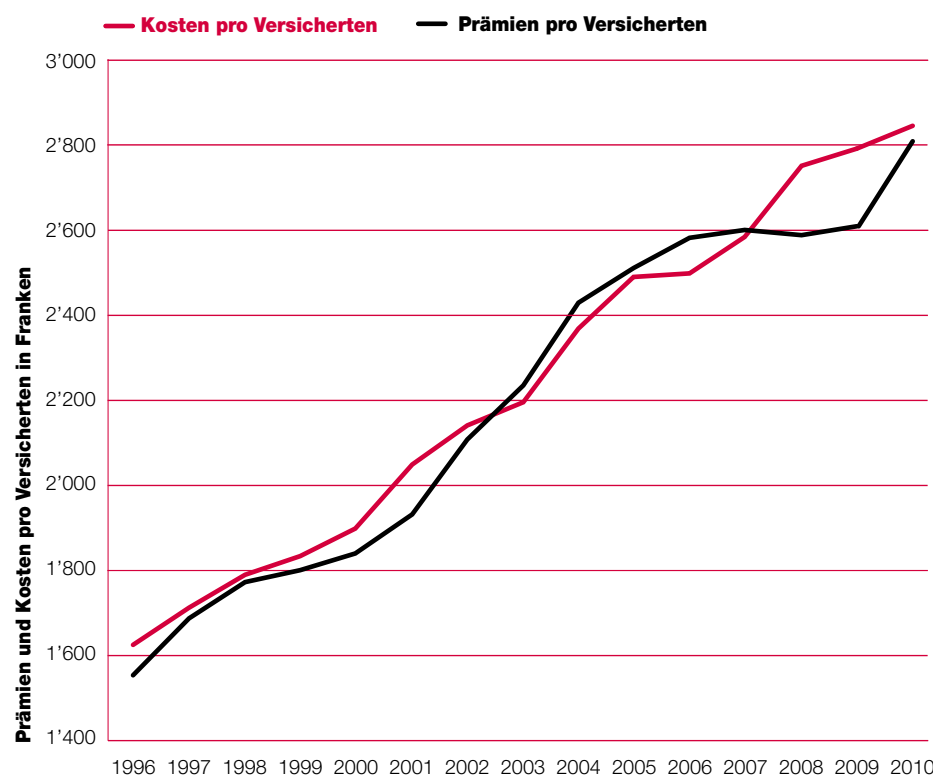
Seit den Anfängen unseres Gesundheitssystems sind steigende Gesundheitskosten eine Realität. In den vergangenen zwanzig Jahren sind die Kosten aufgrund des medizintechnischen Fortschritts und seit einigen Jahren durch die erhöhte Lebenserwartung und die Auswirkungen des demografischen Ungleichgewichts – rückläufiger Anteil der Jungen im Vergleich zum steigenden Anteil der Älteren an der Bevölkerung – noch stärker angestiegen. Die Tabelle zeigt die Kosten, Prämien und Reserven pro Jahr und ihre Entwicklung im Durchschnitt. Aus dem Betrag der Eigenmittel ist ersichtlich, dass die Versicherer keine unnötigen Reserven angesammelt haben, denn 2009 ist der Betrag der Reserven mit Fr. 371.– pro Versicherten tiefer als 2000 mit Fr. 390.– pro Versicherten. Das zeigt, dass die in diesem Zeitraum fakturierten Prämien in einem angemessenen Verhältnis zu den vergüteten Leistungen stehen. Oder anders ausgedrückt: Es beweist, dass die Prämienkurve mittelfristig der Kurve der Gesundheitskosten folgt. So kommt es zu einem Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben und das wiederum verhindert, dass in einem der sensibelsten Bereiche unseres Sozialsystems Defizite entstehen.

¹ Nettokosten: von den Krankenversicherern vergütete Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligung der Versicherten und zuzüglich Betriebskosten

² von den Krankenversicherern eingenommene Durchschnittsprämien, unabhängig vom Versicherungsmodell

Quelle: BAG – Statistiken 2009

Entwicklung der Durchschnittsprämien und Nettokosten in der Schweiz von 1996 bis 2010, in Franken pro Versicherten



WILLKOMMEN BEI DER GROUPE MUTUEL!

Nützliche Tipps

Sie sind seit Jahresbeginn bei einem der vier Groupe Mutuel-Krankenversicherer versichert? Herzlich willkommen! Hier einige praktische Tipps, die Ihnen den Umgang mit Ihrem neuen Krankenversicherer erleichtern.

Versichertenkarte und Versichertennummer nicht vergessen!

Ihre Versichertenkarte bestätigt, dass Sie bei einem Krankenversicherer der Groupe Mutuel versichert sind. Ausserdem ist darauf Ihre AHV-Nummer vermerkt. Bitte geben Sie auf Mitteilungen an Ihren Krankenversicherer (z. B. Brief, Rechnung) stets Ihre Versichertennummer an.

Nehmen Sie diese Nummer auch immer dann zur Hand, wenn Sie uns telefonisch kontaktieren. Damit helfen Sie unseren Kundenberatern, Ihre Anfrage schneller zu bearbeiten.

Vergütung der Rechnungen

Senden Sie Ihre medizinischen Rechnungen immer an folgende Adresse: **Groupe Mutuel, Rue du Nord 5, 1920 Martigny**. Geben Sie dabei jeweils Ihre Versichertennummer an; so erleichtern Sie die Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Bei Fragen zur Rechnungsvergütung: **Telefon 0848 803 333 oder E-Mail an leistungen@groupemutuel.ch**.

Rechnungen schnell vergütet

Die Krankenversicherer der Groupe Mutuel zählen bei der Rechnungsvergütung zu den schnellsten: Ab Eingang

der Rechnung bei unseren Abteilungen dauert es durchschnittlich zwei Wochen bis zur Überweisung des Betrags auf Ihr Bank- oder Postkonto. Dies gilt für Rechnungen, die keine spezielle Bearbeitung (wie z. B. das Einholen eines Arztberichts) verlangen – das sind über 80% der Rechnungen!

Unser Kundendienst ist für weitere Informationen gerne für Sie da (siehe Telefonnummern auf Seite 3).

Danke für Ihr Vertrauen! ●

PRÄMIENZAHLUNG

Passen Sie Ihre Daueraufträge an!

Normalerweise unterscheidet sich Ihre Krankenversicherungsprämie 2012 von der Prämie 2011. Vergessen Sie deshalb nicht, Ihre Daueraufträge entsprechend anzupassen.

Im Oktober haben Sie Ihren Versicherungsausweis mit der neuen Prämie für 2012 erhalten. Bitte ändern Sie daher Ihre Daueraufträge bei der Bank oder Post entsprechend ab.

Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass die Monatsprämien in der richtigen Reihenfolge zu bezahlen sind. Aus Rationalisierungsgründen legen wir drei monatliche Prämienrechnungen zusammen und verschicken sie vierteljährlich. Bitte beachten Sie bei der Zahlung die Reihenfolge der Rechnungen und den auf dem Empfangsschein aufgeführten Zahlungstermin. Begleichen Sie beispielsweise die März-Rechnung nicht vor der Rechnung für den Monat Januar. So ersparen Sie sich Mahnsperen und aufwändige Korrekturen.

Lastschriftverfahren (LSV+) oder Debit Direct (DD)

Als Bankkunde können Sie Ihre Prämienrechnungen sicher und schnell dank Lastschriftverfahren (LSV+) begleichen, als Inhaber eines Postkontos via Debit Direct. Der genaue Prämienbetrag wird dann automatisch am vereinbarten Datum von Ihrem Konto abgebogen.

Wir schicken Ihnen gerne die nötigen Formulare – kontaktieren Sie uns einfach!

Zahlung per E-Rechnung

Einfach, praktisch und sicher: Dank der E-Rechnung-Funktion von PostFinance und den Schweizer Banken erhalten und zahlen Sie Ihre Rechnungen ohne Papierchaos. Sobald eine Rechnung auf Ihrem

E-Banking-Konto eingeht, können Sie sie einsehen, prüfen und die Zahlung mit nur einem Mausklick auslösen. Auf diesem gesicherten System können Sie jederzeit überprüfen, ob und wann Sie eine Rechnung bezahlt haben.

Bedingungen für die Nutzung der E-Rechnung

- ▶ Internetverbindung
- ▶ E-Banking- oder PostFinance-Vertrag zur Nutzung der E-Rechnung-Funktion

Diese Zahlungsmöglichkeiten sind bequem für Sie und minimieren die administrativen Kosten Ihres Versicherers. Danke für Ihre Mitarbeit.

Mehr Informationen:

www.groupemutuel.ch/de/efacture ●



LAUFSPORTEVENTS 2012

Die Groupe Mutuel bringt Sie in Bewegung

Gesund und fit durch Sport und Bewegung. Deshalb unterstützt die Groupe Mutuel auch im Jahr 2012 Laufsportevents in verschiedenen Regionen der Schweiz. Alle Versicherten erhalten bei der Teilnahme besondere Vorteile.

Neben den grossen Klassikern wie dem Grand-Prix von Bern und dem Zürcher Silvesterlauf ergänzen neu der Lucerne Marathon und der Nachtlauf Davos die breite Palette der Laufsportevents. Je nach Kondition und Lauferfahrung können unterschiedlich lange und schwierige Läufe ausgewählt werden. Hauptsache, das Mitlaufen macht Spass!

Bewegung hält gesund

Sinnvoll ist es natürlich, nicht ohne ausreichendes Training zu starten. Regelmässiges Laufen mit guten Schuhen, nach Möglichkeit in der freien Natur und in Massen ist die beste Vorbereitung. So tut jeder gleich etwas Gutes für seine Gesundheit. Deshalb unterstützt die Groupe Mutuel Laufsportveranstaltungen für die breite Bevölkerung.

Schon heute anmelden!

Rechtzeitig anmelden ist der erste Schritt in Richtung Ziellinie. Deshalb veröffentlichen wir schon heute die Termine für die Groupe Mutuel-Laufsportevents 2012 in der Tabelle. Die jeweils aktualisierte Veranstaltungsübersicht finden Sie auf unserer Website:

www.groupemutuel.ch/events

Sportveranstaltungen 2012 mit Vorteilen für die Groupe Mutuel-Versicherten

Veranstaltung	Datum	Vorteile für Versicherte	Website
Bremgarter Reusslauf	25.02.2012	50% Rabatt auf Anmeldegebühr*	www.reusslauf.ch
Stadtlauf Brig-Glis	28.04.2012		www.ktvglis.ch/stadtlauf
Grand-Prix de Berne	12.05.2012	50% Rabatt auf Anmeldegebühr*	www.gpbern.ch
Nachtlauf Davos	21.07.2012		www.nachtlauf.ch (noch in Bearbeitung)
Lucerne Marathon	28.10.2012	50% Rabatt auf Anmeldegebühr*	www.lucernemarathon.ch
Zürcher Silvesterlauf	16.12.2012	50% Rabatt auf Anmeldegebühr*	www.silvesterlauf.ch

* **Anmeldung:** Schritt 1: Code für die Ermässigung auf die Anmeldegebühr auf www.groupemutuel.ch/club abholen Schritt 2: Anmeldung auf der Website des Organisators



BAUEN IN DER FÜNFTEN GENERATION

Belloni: erfolgreiches Familienunternehmen

Das Unternehmen Belloni mit Sitz in Carouge (GE) wurde vor 140 Jahren gegründet und ist ein schönes Beispiel für ein erfolgreiches Familienunternehmen. Der Schlüssel zum Erfolg? Die Unternehmenswerte, die den Mitarbeiter ins Zentrum rücken, Innovationsgeist und Beherrschung neuer Technologien. Portrait des grössten Gipser-Maler-Betriebs in Genf.

Der grösste Trumpf des Maurer- und Betonunternehmens Belloni ist seine Vielseitigkeit. Belloni ist im Kanton Genf Nummer eins für Verputz- und Malerarbeiten und beschäftigt 320 Arbeitnehmer, davon 220 im Ausbaugewerbe. Verputzen, Gipsen, Malen, Fassadenisolation, Zwischendecken, Gips- und Faserbaustoffe (Leistenherstellung) – das sind die Hauptbereiche, in denen das Unternehmen mit einem Umsatz von 35 Mio. Franken (75 Mio. mit den Rohbauarbeiten) tätig ist.

Belloni hat bereits Tausende von Baustellen geleitet: öffentliche Einrichtungen (Pflegeheime), Bankhauptsitze, Schulzentren (Foto), Wohngebäude u. a. Das Unternehmen ist sich der Energieproblematik bewusst und hat grosse Aufträge für Fassadenisolationen durchgeführt, wie die Wohnresidenz «Les Cépages»: 78 solargeheizte Wohnungen, energetisch gesehen selbstversorgend, in Satigny.

Ausbildungsbetrieb

Belloni verfolgt technologische Entwicklungen aufmerksam und kennt sich mit

neuen Materialien perfekt aus. «Diese Innovationen sind wichtig, doch Know-how und Menschenhände bleiben ausschlaggebend», erklärt Direktor François Culot. Daher ist das Unternehmen auf qualifizierte Arbeitskräfte angewiesen. «Ausbildung ist ein strategisches Unternehmensziel. Momentan haben wir 18 Auszubildende.» Und diesen Einsatz hat das Genfer Amt für Berufsberatung mit dem Preis für den besten Ausbildungsbetrieb ausgezeichnet.

Absenzenmanagement: spektakuläre Ergebnisse

Das Ausbaugewerbe von Belloni ist bei der Groupe Mutuel für Krankentaggeld versichert und wies eine hohe Schadenhäufigkeit aus (verlorene Arbeitstage). «Die Groupe Mutuel hat unser Bewusstsein für dieses Problem gestärkt und Massnahmen vorgeschlagen, die Früchte tragen», freut sich François Culot, der hinzufügt, dass sich die Leistungen des Versicherers zwischen 2008 und 2010 halbiert haben. Und dieser positive Trend hält an. Regelmässige Reportings, intensive Betreuung

von Krankheitsfällen und verbesserte Arbeitsbedingungen; einen positiven Einfluss hatten ausserdem die Ausbildungen zur Körperhaltung auf Baustellen der Gesellschaft «Prévention et Maintien de la Santé en Entreprise» (PMSE): In diesen von der Groupe Mutuel finanzierten Kursen lernen die Mitarbeitenden, wie sie ihren Rücken bei der Arbeit (z. B. Tragen schwerer Lasten) schonen.

Konstruktiver Dialog

Die Partnerschaft von Belloni und der Groupe Mutuel beruht auf konstruktivem Dialog. «Unsere Beziehung ist ausgezeichnet», bestätigt HR-Verantwortliche Christine Henry-Vendramin, und unterstreicht die Reaktionsschnelle des Versicherers. Denn so können die Fälle frühstmöglich analysiert und Massnahmen ergriffen werden, bevor sich die Situation des Mitarbeiters verschlechtert. Frühzeitig und überlegt handeln; durch regelmässige Bilanzen können optimale Lösungen erarbeitet werden. So fühlen sich die Mitarbeitenden unterstützt und respektiert. ●



VARIA PLAN: FLEXIBILITÄT UND ERTRAG

Vorsorge, die sich Ihren Bedürfnissen anpasst

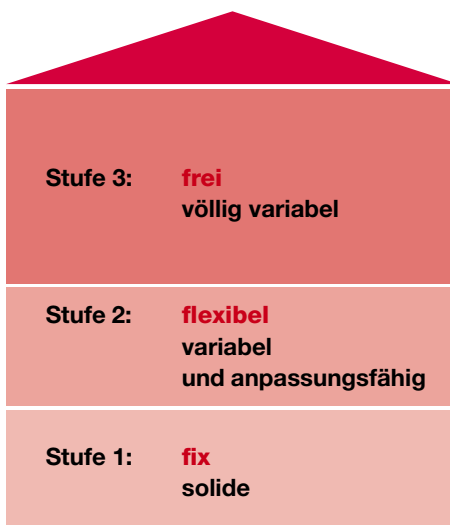
Die Lebensversicherung Varia Plan bietet grosse Flexibilität bei der Prämienzahlung. Und mit Varia Plan erhalten Sie sich erst noch maximale Chancen, Ihr festgelegtes Sparziel zu erreichen.

Varia Plan verbindet Originalität mit Sicherheit und Ertrag – eigentlich sehr gegensätzliche Ziele. Zudem bietet die Versicherung die Möglichkeit, zu äusserst vorteilhaften Bedingungen ein Kapital anzusparen. Und auch dabei heisst das Zauberwort Flexibilität, denn bei jeder Kapitaleinzahlung kann der Kunde zwischen einer sicheren und traditionellen Sparanlage oder einer risiko-reicheren Anlage in Form von Fondsanteilen wählen. Entscheidet er sich für das traditionelle Sparen, profitiert der Kunde von einem weit höheren Zinssatz (momentan 2,1%), als die Banken allgemein auf ihren Sparkonten anbieten. Beim Sparen in Form von Anlagefondsanteilen kann der Kunde je nach gewähltem Anlagesparplan einen noch höheren Ertrag erzielen. Um die Flexibilität von Varia Plan noch zu unterstreichen, gibt es Möglichkeiten für Wechsel des Sparplans.

Mehr als eine einfache Lebensversicherung

Varia Plan bewegt sich auf der Grenze zwischen Lebensversicherung und Sparen auf der Bank und ist so eine Innovation im Bereich der individuellen Vorsorge – mehr als eine einfache Lebensversicherung, mehr als ein einfaches Sparkonto kann Varia Plan als freie oder gebundene Vorsorge mit Steuervorteilen abgeschlossen werden. Flexibilität ist für die Wahl einer Lebensversicherung ein entscheidendes Kriterium, denn die persönliche Lebenssituation verändert sich fortlaufend. Bei diesem auf dem Markt neuartigen Produkt

Varia Plan besteht aus drei Stufen von Leistungen



Stufe 3 entspricht den Prämien, die Sie frei auf zwei Arten anlegen können:

- ▶ traditionelles Sparen
- ▶ Sparen in Form von Anlagefondsanteilen

Stufen 1 und 2 bilden das Vorsorgeziel, das Sie sich gesetzt haben.

können Sie Ihren Versicherungsschutz während der ganzen Vertragslaufzeit Ihrer Finanzlage anpassen. Zusammen mit einem flexiblen Teil bildet die fixe Basis der Versicherung das Vorsorgeziel, das Sie sich gesetzt haben.

Varia Plan entspricht vielen Bedürfnissen, richtet sich aber insbesondere an:

- ▶ Selbstständigerwerbende oder Personen mit unregelmässigem Einkommen
- ▶ Personen, die ihr Hypothekendarlehen indirekt amortisieren möchten
- ▶ Kunden, welche die Vorteile von traditionellem Sparen und Anlagefonds verbinden möchten
- ▶ Personen, die sich mehr Flexibilität wünschen als bei einer klassischen Lebensversicherung

Unsere Spezialistinnen und Spezialisten sind für eine individuelle Beratung gerne für Sie da.

Mehr Informationen

www.groupemutuel.ch/variaplan

Kontaktieren Sie uns

Groupe Mutuel Leben GMV AG
Rue du Nord 5 – 1920 Martigny
Tel. 0848 803 999
Fax: 058 758 31 17
E-Mail: leben@groupemutuel.ch

SCHWEIZER MEDIKAMENTENPREISE

santésuisse: Margen-Senkung dringend nötig

Durch eine Senkung der Schweizer Handelsmargen auf das europäische Niveau könnten 300 Millionen Franken bzw. 1,5 Prämienprozente eingespart werden.

Medikamente sind ein grosser Ausgabenposten der Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP): Sie machen fast 25% der Gesamtkosten aus. Damit liegen sie zwar weit hinter den Spitälern (40%), jedoch auf gleicher Stufe wie die Arztpraxen.

Eine santésuisse-Vergleichsstudie, für welche die Referenzländer Dänemark, Deutschland, England, Frankreich,

Holland und Österreich herangezogen wurden, hat gezeigt, dass in der Schweiz Fabrikabgabepreise und Vertriebsmargen von Medikamenten höher sind als bei unseren Nachbarn.

Fazit der Studie: Würde man die Schweizer Margen auf das europäische Niveau senken, wären Einsparungen von 300 Mio. Franken möglich, dabei bereits berücksichtigt sind die unterschiedlichen Lohnniveaus und Lebenshal-

tungskosten der Schweiz und der Vergleichsländer. Dies entspräche einer Senkung der Grundversicherungsprämien um 1,5%.

Verschreibungspflichtige Medikamente machen rund 90% der von der Grundversicherung vergüteten Arzneimittel aus. Im Jahr 2010 wurden Medikamente für rund 4,8 Mrd. Franken zulasten der OKP abgerechnet, dabei entfielen 3,4 Mrd. Franken auf die Hersteller und 1,3 Mrd. Franken auf den Handel (Grossisten, Apotheken, Spitäler und Ärzte, die selbst Medikamente abgeben).

Bei einem europäischen Mittelwert von 29% liegt die Marge der Apotheken in der Schweiz bei 39% des Fabrikabgabepreises. Die Marge der Ärzte beträgt in der Schweiz 42% des Fabrikabgabepreises, in den sechs Vergleichsländern 32%.

Beispiel

Das 2010 am häufigsten verschriebene Medikament: Dafalgan 1g, 40 Stück.

- ▶ Fabrikabgabepreis: Fr. 7.63
 - ▶ Publikumspreis (vom Bundesrat festgelegt): Fr. 16.95 (inkl. Vertriebsmarge + MwSt.)
 - ▶ Konsumentenpreis: Fr. 23.20, da plus Bezugs- und Medikamentencheck
- santésuisse wird sich dafür einsetzen, dass die Höhe der Vertriebsmarge auf das ausländische Niveau gesenkt wird. Dafür muss das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die entsprechende Verordnung ändern.

LOGIN LESEN UND TOLLE PREISE GEWINNEN!

Login-Wettbewerb

Wir gratulieren den 50 Gewinnerinnen und Gewinnern unseres letzten Wettbewerbs (Login Oktober 2011) – sie haben vier Kinoeintritte für den neuen Walt Disney-Film «The Muppets» gewonnen, der 2012 in den Schweizer Kinos läuft. Viel Spass!

Neuer Wettbewerb in dieser Ausgabe

Beantworten Sie die drei Fragen in der «LeClub»-Beilage und gewinnen Sie:

- ▶ ein Paar Rossignol-Ski Experience 83 TPX (Wert Fr. 849.–)
- ▶ eine Skijacke Rossignol Strato (Wert Fr. 799.–)
- ▶ eine Reisetasche Explorer World Cup (Wert Fr. 199.–)

Und nicht vergessen: Die Antworten finden Sie in den Login-Artikeln und in der «LeClub»-Beilage. Benutzen Sie den Antwortcoupon in der «LeClub»-Beilage oder gehen Sie auf www.groupemutuel.ch/wettbewerb.

Eine Partnerschaft mit grossen Vorteilen für Sie

In den SUN STORE-Apotheken erhalten Versicherte der Groupe Mutuel-Krankenversicherer 20% Rabatt auf alle ärztlich verschriebenen Generika.

Um den Gebrauch von Generika-Medikamenten zu fördern, verzichtet SUN STORE darauf, sowohl den Versicherten als auch den Krankenversicherern die Zusatzmarge von 40% auf die Preisdifferenz zwischen dem Originalmedikament und seinem Generikum zu berechnen.

Somit wird beim Ersatz durch ein Generikum keine Taxe erhoben, was beim ersten Mal eine Einsparung von 40% bedeutet. Die Taxe beträgt maximal Fr. 21.60.



www.sunstore.ch

Profitieren Sie von diesen Vorteilen gegen Vorweisen Ihrer Versichertenkarte bei der Bezahlung in einer der 100 SUN STORE-Apotheken.



PRÄMIENVERBILLIGUNGEN 2012

Nützliche Informationen für Sie

Viele Versicherte stellen uns jedes Jahr Fragen zur Prämienverbilligung. Doch nicht Ihr Krankenversicherer ist für die Gewährung dieser jedes Jahr neu berechneten finanziellen Unterstützung zuständig, sondern das entsprechende Amt im Wohnkanton.

Der Betrag der Prämienverbilligung ist nicht auf Ihrem Versicherungsausweis aufgeführt (KVV Artikel 106c, Absatz 4). Wenn Sie 2011 Prämienverbilligungen erhalten haben und Ihren Krankenversicherer per 1. Januar 2012 wechseln oder auf dem Entscheid für die Prämienverbilligungen 2012 der falsche Versicherer aufgeführt ist, informieren Sie bitte das zuständige Amt im Wohnkanton und schicken Sie ihm rasch Ihren neuen Versicherungsausweis für 2012.

Sobald das Amt Ihrem Krankenversicherer seinen Entscheid mitteilt, wird die Verbilligung direkt von Ihrer Prämienabrechnung abgezogen. Bei Fragen zur Prämienverbilligung oder zum Stand Ihres Antrags wenden Sie sich bitte an das entsprechende Amt Ihres Wohnkantons (siehe Tabelle). Die Adressen finden Sie auch auf der Website der Groupe Mutuel unter: www.groupemutuel.ch/praemienverbilligungen.

AG	Gemeindezweigstelle des SVA des Kantons Aargau	062 836 81 81	www.sva-ag.ch
AI	Gesundheitsamt des Kantons AI	071 788 94 52	www.ai.ch
AR	Ausgleichskasse des Kantons AR	071 354 51 51	www.ahv-iv-ar.ch
BE	Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht	0844 80 08 84	www.be.ch/pvo
BL	Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft	061 425 23 32	www.sva-bl.ch
BS	Amt für Sozialbeiträge	061 267 86 65/66	www.asb.bs.ch
FR	Ausgleichskasse des Kantons Freiburg	026 305 52 52	www.caisseavfr.ch
GE	Service de l'assurance-maladie	022 546 19 00	www.geneve.ch/sam
GL	Kantonale Steuerverwaltung	055 646 61 65/75	www.gl.ch
GR	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden	081 257 42 10	www.sva.gr.ch
JU	Caisse de compensation du canton du Jura	032 952 11 11	www.caisseavsjura.ch
LU	Ausgleichskasse Luzern	041 375 05 05	www.ahvluzern.ch
NE	Office cantonal de l'assurance-maladie	032 889 66 30	www.ne.ch
NW	Ausgleichskasse Nidwalden	041 618 51 00	http://nw.ausgleichskasse.ch
OW	Kantonale Steuerverwaltung	041 666 62 94	www.ow.ch
SG	SVA St. Gallen	071 282 66 33	www.svasg.ch
SH	Sozialversicherungsamt Schaffhausen	052 632 61 11	www.svash.ch
SO	Ausgleichskasse des Kantons Solothurn	032 686 22 00	www.akso.ch
SZ	Ausgleichskasse Schwyz	041 819 04 25	www.aksz.ch
TG	Krankenkassenkontrollstelle der Wohngemeinde		www.gesundheitsamt.tg.ch
TI	Ufficio dell'assicurazione malattia	091 821 93 11	http://www3.ti.ch
UR	Amt für Gesundheit	041 875 22 42	http://www.ur.ch/de
VD	Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents	021 557 47 47	www.vd.ch/occ
VS	Ausgleichskasse des Kantons Wallis	027 324 91 11	www.av.sv.ch
ZG	Zuständige Gemeinde des Wohnorts	041 560 48 48	http://zg.ausgleichskasse.ch
ZH	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich	044 448 50 00	www.svazurich.ch



UNSER VERSICHERTER ROGER GULKA – EIN JUNGTALENT

Curling: Präzision und Strategie

Roger Gulka (21) aus Genf sammelt Meistertitel, so beispielsweise den Curling-Juniorenweltmeistertitel. Angesteckt mit dem Eisvirus hat ihn sein Vater, der aus Kanada stammt, wo Curling noch beliebter ist als Eishockey!

Seit wann spielen Sie Curling?

Und warum gerade diese Sportart?

Ich bin seit acht Jahren in einem Curlingteam. Schon als kleiner Junge ging ich auf die Eisfläche und liess Curlingsteine gleiten. Angesteckt hat mich mein Vater; er ist Kanadier und bestritt Wettkämpfe auf hohem Niveau, zudem ist er ausgebildeter Trainer. In Kanada ist Curling eine weit verbreitete Sportart mit einer Million lizenziierter Spieler, also mehr als beim Eishockey. Kanadier haben Curling im Blut!

Wie sieht Ihr Training aus?

Ich bin drei bis vier Mal pro Woche auf dem Eis; wir arbeiten an Technik, Teamkommunikation und Ausdauer. Manche Trainings sind körperlich sehr anstrengend. Ausserdem haben wir einen Sportspsychologen, der uns erfolgreich coacht.

Welche Eigenschaften muss ein Curlingspieler mitbringen?

Man muss Geduld haben und mit Stress und den eigenen Emotionen umgehen können. Alles entscheidet sich im Kopf; das Team muss mental und körperlich stark sein, denn der Ausgang eines Matches kann sich aufgrund kleinster Details entscheiden. Präzision und Stra-

tegie sind für die Wahl der richtigen Spielzüge besonders wichtig.

Wie gehen Sie mit Druck und Stress vor einem Wettkampf um?

Ich persönlich habe eigentlich nie grosse Probleme gehabt; Druck beflügelt mich eher. Doch jeder bewältigt Stress auf seine eigene Art.

Welche Lebensweise erfordert Curling?

Es ist wichtig, sich gesund zu ernähren und sich immer gut auszuruhen. Das Wischen wird oft belächelt, doch der Kraftaufwand ist gross: Manchmal spielen wir innerhalb von 24 Stunden fünf Matches, das heisst wir stehen zehn Stunden auf dem Eis!

Wie bringen Sie Studium und Sport unter einen Hut?

Es gibt Wochen, da nehme ich an keiner Vorlesung teil, doch dann kann ich auf die Notizen meiner Freunde zählen. Teilt man sich seine Zeit gut ein, sind Sport und Studium durchaus miteinander vereinbar. Wettkampfsport bringt sogar Vorteile, da man den Druck im Alltag besser bewältigen kann, was sich positiv auf die Prüfungsergebnisse auswirkt.

Ihre Ziele für die Saison und die Zukunft?

Ich spiele in einem neuen Team, dessen Ziel eine Medaille an den Junioren-Schweizermeisterschaften ist. Wir haben uns für die A-Liga qualifiziert. Auch künftig möchte ich in der Elite spielen. Die Schweiz ist eine grosse Curlingnation; seit der Aufnahme dieser Sportart in das Olympische Programm – 1998 in Nagano – hat unser Land jedes Mal Medaillen geholt. Ein gutes Omen! ●

Erfolge

Roger Gulka ist Mitglied des Curling Club Genf und studiert an der Universität Neuenburg im ersten Jahr des Masterstudiengangs Sportrecht. Mit 21 Jahren hat Gulka schon viel erreicht: zwei Bronzemedailien an den Junioren-Schweizermeisterschaften, dann, 2009, bringt sein Stein am Olympischen Festival der Europäischen Jugend (EYOF) in Polen die Goldmedaille. Weitere Goldmedaillen holt er sich an den Junioren-Weltmeisterschaften in Flims 2010 und an den Junioren-Schweizermeisterschaften 2010 und 2011. Weiterhin viel Erfolg!



BERICHT EINER VERSICHERTEN NACH IHREM VERKEHRSunFALL

Sekunda: in guten Händen!

Eine unserer Versicherten hat nach einem Autounfall Leistungen von Sekunda, unserer Versicherung für Hausarbeitsunfähigkeit, bezogen. Hier der Bericht dazu.

Dezember 2009: Unsere Versicherte Sandra M.* sitzt Ende Nachmittag in der Region Lausanne am Steuer ihres Kleinwagens und freut sich darauf, in ein paar Minuten wieder bei ihrer Familie zu sein. An einer Kreuzung lässt Sandra einigen von rechts kommenden Fahrzeugen den Vortritt und biegt dann in die Hauptstrasse ein, im Glauben, links sei frei. Doch von links kommt mit 80 km/h der Lastwagen von Stefan L.*. Die Scheinwerfer sind an, alles ist normal. Plötzlich sieht Stefan Sandras Auto und macht sich auf das Schlimmste gefasst; er bremst sofort kräftig ab, kann den Aufprall jedoch nicht verhindern. Sandra erwacht im CHUV (Universitätsspital des Waadtlandes), wohin die Nothelfer sie nach der Befreiung aus dem Autowrack transportiert haben. Diagnose: Polytrauma. Genauer: Beckenbruch, Schädelverletzung, starke Brustbeinschmerzen und natürlich Schock. Das Schlimmste konnte zwar verhindert werden, doch es wird Monate dauern, bis Sandra im Alltag wieder eigenständig ist.

Frei erfunden? Nein, dieser Fall hat sich wirklich zugetragen und ist in einem Sekunda-Schadendossier dokumentiert, das wir mit Einverständnis unserer Versicherten an dieser Stelle öffnen.

Einige Monate zuvor...

Sandra hatte Glück im Unglück, denn ein paar Monate vor dem Unfall hat sie die Versicherung Sekunda abgeschlossen, die bei Unfall ein Taggeld von Fr. 30.– oder Fr. 50.– gewährt. So wurde unsere Versicherte dank der Einstellung einer Haushaltshilfe ab dem 16. Tag der Arbeitsunfähigkeit tatkräftig unterstützt.

Wie verlief die Bearbeitung des Schadenfalls?

Sandras Arzt meldete uns den Unfall seiner Patientin sowie die unvermeidliche und voraussichtlich langfristige Arbeitsunfähigkeit. Nach der Beurteilung durch den Vertrauensarzt der Groupe Mutuel wurde der Fall vollständig von der Versicherung Sekunda übernommen, dies bis unsere Versicherte wieder

eigenständig war und arbeiten konnte. In diesem Fall erhielt unsere Versicherte die maximale Versicherungsleistung, also 365 Taggelder.

Heute hat Sandra ihre berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen und ist dankbar für das gute Handling des Schadenfalls.

Möchten Sie mehr Informationen zu Sekunda? Unsere Beraterinnen und Berater sind gerne für Sie da. ●

* Namen frei erfunden

Mehr Informationen

<http://www.groupemutuel.ch/de/sekunda>

Interessiert?

Groupe Mutuel
Rue du Nord 5
1920 Martigny

Gratisnummer 0800 808 848

E-Mail: offerten@groupemutuel.ch