

Parlamentarischer Vorstoss

2021/13

Geschäftstyp:	Interpellation
Titel:	Missbräuche bei Spitalrechnungen im Bereich der Zusatzversicherungen?
Urheber/in:	Urs Roth
Zuständig:	—
Mitunterzeichnet von:	—
Eingereicht am:	14. Januar 2021
Dringlichkeit:	—

Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (Finma) ist u. a. auch zuständig für die Aufsicht im Bereich der Krankenzusatzversicherungen. In letzter Zeit ist vermehrt aufgefallen, dass die Finma eine Praxis undurchsichtiger Spital- und Arztrechnungen im Zusatzversicherungsbereich der Krankenkassen rügt. Von Missbräuchen ist die Rede und die Aufseher listen Praktiken auf, mit denen Spitäler Kosten über Zusatzversicherungen anscheinend mehrfach oder unbegründet abrechnen. Eine systematisch zu hohe Leistungsverrechnung wird bemängelt. Gestützt auf aktuelle Verlautbarungen ist auch zu vernehmen, dass die Aufseher bei verschiedenen Versicherungen sogenannte Vor-Ort-Kontrollen durchgeführt haben. Dabei seien viele Verträge zwischen den Zusatzversicherern und den Spitälern als «problematisch» bezeichnet worden. Es bestehe ein grosser Handlungsbedarf. Entsprechend gross ist der Druck, den die Finma auf die Versicherer ausübe und in der Folge dann auch die Versicherer auf die Spitäler.

Die Finma geht aufgrund ihrer Analysen von signifikanten Beträgen aus, die im Bereich der Krankenzusatzversicherungen bis heute zu viel verrechnet werden. Einzelne Krankenversicherer wie die CSS haben im Verlaufe des letzten Jahres auf dieser Grundlage Dutzende von Verträgen mit Spitälern gekündigt.

Sollte dieser Druck der Finma dazu führen, dass in den nächsten Jahren die Erträge im Spital-Zusatzversicherungsbereich zunehmend erodieren, stellen sich auch aus Versorgungssicht eine Reihe von Fragen. Fehlen den Spitälern diese Erträge aus dem Zusatzversicherungsbereich, wird der Finanzdruck der Spitäler angesichts der notorisch unterfinanzierten stationären und ambulanten Leistungsbereiche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch grösser.

Ich bitte den Regierungsrat deshalb um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wie beurteilt der Regierungsrat diese Gesamtsituation bezogen auf die Spitäler innerhalb des gemeinsamen Versorgungsraumes BL/BS?
-

2. Ist dem Regierungsrat eine missbräuchliche Leistungsverrechnung im Sinne der Erwägungen der Finma bezogen auf die Spitäler innerhalb des gemeinsamen Versorgungsraumes BL/BS bekannt?
3. Gibt es laufende Verfahren und ist sogar aus missbräuchlicher bisheriger Leistungsverrechnung mit Rückzahlungen zu rechnen; und wenn ja, in welchem Ausmass?
4. Haben die Versicherer Verträge im Zusatzversicherungsbereich aus diesen Gründen auch mit den Spitälern BS/BL gekündigt; und wenn ja, in welcher Anzahl bzw. in welchem Ausmass?
5. Wie beurteilt der Regierungsrat die künftigen Auswirkungen dieser absehbaren Entwicklungen auf die Erträge der Spitäler? Gibt es erste Grobschätzungen über das zu erwartende Ausmass der Ertragsminderungen im Zusatzversicherungsbereich? Und wie sollen diese Ertragsminderungen künftig kompensiert werden?
6. Ist mit einer finanziellen Mehrbelastung im Leistungsbereich der notorisch bereits heute unterfinanzierten Obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu rechnen; und wenn ja, in welchem Ausmass?