



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Position H+

Mehrleistungen zugunsten zusatzversicherter Patientinnen und Patienten (VVG)

1. Einleitung

Ende 2020 zeigte eine [Analyse der Finanzmarktaufsicht FINMA](#) auf, dass Verträge zwischen Krankenzusatzversicherern und Leistungserbringern – Ärztinnen und Ärzten sowie Spitälern – nicht die nötige Transparenz aufzeigen. Gemäss der FINMA kann dies zu Fehlanreizen führen und biete Spielraum für eine zu grosszügige Kostenüberwälzung auf die Krankenzusatzversicherer, die diese Kosten in die Prämienkalkulation einberechnen und dann an die Kundinnen und Kunden weitergeben. Rechnungskontrollen hätten zudem gezeigt, dass Leistungen doppelt verrechnet wurden, also von der Grundversicherung (OKP) und der Zusatzversicherung (VVG). Die FINMA sieht aus diesem Grund Handlungsbedarf bei den Versicherern (Rechnungskontrolle) und den Leistungserbringern.

Die Versicherer wurden von der FINMA angehalten, ihre Kontrollfunktion besser wahrzunehmen. Folge davon war, dass viele Versicherer die Verträge mit Spitälern und Kliniken im Bereich der Spitalzusatzversicherung gekündigt haben, um die Verträge gemäss den Forderungen der FINMA anpassen zu können. Der SVV seinerseits hat hierfür einen [Branchen-Framework zu Mehrleistungen VVG](#) entwickelt. Damit möchte er mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit herstellen.

Seit Beginn des Jahres 2021 steht H+ in Kontakt mit der FINMA, der WEKO und dem Preisüberwacher. Weiter hat H+ das Gespräch mit dem Schweizerischen Versicherungsverband SVV gesucht, um Lösungen in diesem dysfunktionalen Markt zu diskutieren.

Als Dachverband der Spitäler und Kliniken ist H+ bzw. sind seine Mitglieder vom Thema «Mehrleistungen zugunsten zusatzversicherter Patientinnen und Patienten (VVG)» direkt betroffen. Aus diesem Grund hat der Verband folgende Position zum Thema verfasst, welche vom H+ Vorstand unterstützt wird.

2. Position

2.1 Grundsätzliches

- H+ ist sich der Dysfunktionalitäten im Zusatzversicherungsbereich bewusst: Im Zusatzversicherungsbereich besteht insbesondere für ältere Versicherte bzw. kranke Personen Marktversagen. Für diese Bevölkerungsgruppen bestehen keine Konkurrenzangebote im Zusatzversicherungsbereich und somit kein Markt. Diese Patientengruppen haben nur Zugang zum Grundversicherungsbereich (OKP), mit der Folge, dass die OKP-Leistungen stetig ausgeweitet werden.

- Doppelverrechnungen von Leistungen (via OKP und VVG) sind unzulässig: H+ verurteilt im Grundsatz jede missbräuchliche Art der Abrechnung sowohl im Grund- als auch Zusatzversicherungsbereich. Hingegen lehnt H+ eine Sippenhaft der ganzen Spitalbranche für einzelne Verfehlungen entschieden ab.
- Die FINMA beaufsichtigt die Zusatzversicherungen zum Schutz der Versicherten vor Insolvenzrisiken der Versicherungsunternehmen und vor Missbräuchen: Die Kontrollfunktion bei den Abrechnungen untersteht deshalb den Versicherern und den Aufsichtsorganen.
- Der OKP-Tarifschutz nach [Artikel 44 Absatz 1 KVG](#) ist in jedem Fall einzuhalten: *Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz).*

2.2 Transparenz der Leistungen und Angemessenheit der Tarife

- Für ausgewiesene Mehr- und Zusatzleistungen zur OKP (Transparenz der Leistung) können Krankenzusatzversicherer und Leistungserbringer VVG-Preise vereinbaren.
- Die Preise nach VVG müssen nachvollziehbar sein. Überrissene Preise im Bereich des VVG sind nicht zulässig (Angemessenheit der VVG-Prämien und VVG-Preise).

2.3 Innovation im VVG- und OKP-Bereich sind notwendig

- Die Steigerung der gesellschaftlichen Ansprüche an die OKP-Leistungen, die neue Spitalfinanzierung (Fallpauschalen und Wettbewerbsförderung unter den Spitäler) und das daraus folgende Ringen um Patienten führen zur:
 - ständigen Erweiterung des OKP-Leistungsspektrums: immer mehr Leistungen werden durch die Grundversicherung gedeckt, was Zusatzversicherungsangebote für Patienten unattraktiv macht.
 - steigende Unterdeckung im OKP-Bereich, wegen nicht kostendeckender Tarife (ambulanter Bereich) und stagnierender Preise (stationärer Bereich).
 - zur Aushöhlung des Zusatzversicherungsbereichs: Es werden mehr Leistungen in der Grundversicherung (OKP) angeboten und klassische Zusatzversicherungsleistungen, wie beispielsweise Zweibett-Zimmer der halbprivaten Zusatzversicherung bilden heute in vielen Spitälern den Standard (Anpassung an gestiegene gesellschaftliche Ansprüche).
- Das Zusatzversicherungsgeschäft muss sich neu erfinden: In Zeiten der «Ambulantisierung» der medizinischen Leistungen soll insbesondere der ambulante Markt neu bearbeitet werden.
- Ebenso muss der Grundversicherungsbereich auf eine neue Grundlage gestellt werden mit folgenden möglichen Lösungsansätzen:
 - die OKP entspricht nicht einem Maximum oder Optimum möglicher Leistungen, sondern widerspiegelt ein durchschnittliches Leistungsniveau. Der OKP-Standard entspricht der Behandlung, die ein durchschnittlich qualifizierter Arzt nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Praxis erbringen kann/muss.
 - Umgehende Korrektur der aktuell zu tiefen OKP-Tarife hin zu fairen Tarifen, die effiziente Behandlungen von Patienten honorieren. Lösungsansätze bilden dazu leistungsorientierte Pauschalen im ambulanten Bereich.
 - Überprüfung, ob gewisse OKP-Leistungen nicht mehr über die Grundversicherung bezahlt werden, um so Potenzial für den Zusatzversicherungsbereich zu schaffen.

2.4 Weitere Regulationsmassnahmen sind zu verhindern

- Die angedachten regulatorischen Möglichkeiten zur Stärkung der Instrumentarien der FINMA im Zusatzversicherungsbereich, welche in einem [Bericht des Staatssekretariats für internationale Finanzfragen \(SIF\)](#) erwähnt werden, sind zu verhindern.

3. Quellenverzeichnis

- [Analyse der FINMA zum Thema Zusatzversicherungsbereich](#): Medienmitteilung vom 17. Dezember 2021
- Schweizerische Versicherungsverband SVV: [Branchen-Framework zu Mehrleistungen VVG](#)
- [Krankenversicherungsgesetz KVG](#)
- [Stärkung der Instrumentarien der FINMA in der Krankenzusatzversicherung \(KZV\) – Regulatorische Möglichkeiten](#): Bericht des SIF vom 2. September 2020

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Ihm sind 207 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 368 Standorten sowie 150 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. H+ repräsentiert Gesundheitsinstitutionen mit rund 200'000 Erwerbstätigen.

September 2021