

Sperrfrist: --



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bern, 12. September 2008

MEDIENMITTEILUNG

Krankenkassen belasten Spitäler mit CHF 80,5 Mio.

Die Zahlungsausstände auf Grund des Art. 64a im Krankenversicherungsgesetz KVG betragen für die Schweizer Spitäler zurzeit rund CHF 80,5 Mio. Dies ergibt eine Erhebung bei den Mitgliedern des nationalen Spitalverbands. Zur Behebung des offensichtlichen Problems erliess der Bundesrat am 1. 8. 2007 eine Verordnungsänderung. Den Spitalern gingen seither CHF 38,8 Mio. verloren.

Die neueste H+ Umfrage vom 18.08.2008 bei 49 Mitgliederspitälern ergibt einen Fehlbetrag von insgesamt CHF 80,5 Mio., hochgerechnet auf sämtliche 372 H+ Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. In der ersten Umfrage vom 19.11.2007 war noch ein gesamter Fehlbetrag von CHF 74 Mio. zu verzeichnen.

Der nationale Spitalverband H+ hat bei seinen Mitgliedern innert Jahresfrist zwei Erhebungen durchgeführt. Erfragt wurden jene Zahlungsausstände, die wegen der Nichtvergütung von Spitalbehandlungen im Fall von nicht bezahlten Krankenkassenprämien nach Art. 64a KVG entstanden sind. Dieser Artikel ist seit dem 1. Januar 2006 in Kraft.

Einzelne Spitäler beklagen Ausstände in Millionenhöhe, wie Medienberichten der letzten drei Wochen zu entnehmen ist: das Inselspital Bern CHF 4,6 Mio., das Universitätsspital Zürich CHF 2 Mio., das Universitätsspital CHUV in Lausanne CHF 2 Mio. und das Kantonsspital Luzern CHF 1,2 Mio. Allein im Kanton Zürich sind zurzeit deshalb 22'000 Menschen ohne Versicherungsschutz. Das schätzt die Zürcher Gesundheitsdirektion laut einem Bericht im TA vom 25. 8. 2008.

Verlagerung der Prämienausstände auf Spitäler

Gemäss Art. 64a KVG müssen Krankenversicherer Leistungsvergütungen für diejenigen Versicherten sistieren, die ihre Prämien nicht bezahlen. Mit der Gesetzesänderung vom 1.1.2006 verlagerten die Versicherer ihre Prämienausstände auf die Spitäler. In der Herbstsession 2007 wurde dem Bundesrat eine parlamentarische Anfrage eingereicht. Seine Antwort vom 14.12. 2007 ist nicht befriedigend.

Rückkehr notwendig

Die auf den 1. August 2007 vom Bundesrat angepasste Verordnung zum KVG hat den Spitalern nichts gebracht: Die Schulden der Krankenversicherungen häufen sich weiter bei ihnen an und betragen seit diesem Datum hochgerechnet CHF 38,8 Mio.

Die finanzielle Beziehung zwischen den Krankenversicherern und ihren Versicherten kann nicht das Problem von Spitalern oder Ärzten sein. Deshalb gibt es für H+ nur eine Lösung: Rückkehr zur alten gesetzlichen Regelung vor dem 1.1.2006: Die Spitäler behandeln Patient/-innen und die Versicherungen vergüten diese Leistungen.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege. Ihm sind rund 370 Spitäler, Kliniken und Pflegeheime als Aktivmitglieder sowie über 200 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partner-Mitglieder angeschlossen. H+ repräsentiert Gesundheitsinstitutionen mit rund 177'100 Arbeitsstellen.

Weitere Informationen:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Charles Favre, Präsident
Handy: 079 621 08 93
E-Mail: charles.favre@parl.ch

Weitere Informationen:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Bernhard Wegmüller, Direktor
Tel. G: 031 335 11 00, Handy: 079 635 87 22
E-Mail: bernhard.wegmueller@hplus.ch

Hintergrund

Das Parlament hat am 18. März 2005 das Gesetz geändert (Art. 64a KVG neu). Die Änderung trat am 1.1.2006 in Kraft. Damit hat das Parlament eine Regelung verschärft, die vorher in der Verordnung (Art. 90 Abs. 4 und 5 KVV) geregelt war.

Die Situation vor der Gesetzesänderung vom 1.1.2006

Haben Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnungen nicht bezahlt, leitete der Versicherer die Schuldbetreibung ein. Wenn nach Ende des Schuldbetreibungsverfahrens ein Verlustschein ausgestellt und der Versicherte als nicht-zahlungskräftig eingestuft wurde, konnte der Versicherer die zuständige Behörde benachrichtigen. Nach der Ausstellung des Verlustscheines und der Meldung an die Behörde konnte der Versicherer die Übernahme der Kosten für die erbrachten Leistungen aufschieben, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten vollständig bezahlt waren. Hat der Versicherte diese bezahlt, hatte der Versicherer die Kosten für die erbrachten Leistungen während der Zeit des Aufschubes zu übernehmen. Die altrechtliche Regelung führte demnach zu keinem vorzeitigen Leistungsstopp.