

Regierungsratsbeschluss

vom 8. März 2011

Nr. 2011/537

KR.Nr. I 022/2011 (DDI)

Interpellation Fraktion FDP. Die Liberalen: Keine Leistungen bei Prämienausständen (26.01.2011); Stellungnahme des Regierungsrates

1. Vorstosstext

Es gibt offensichtlich Leute, die ihre Krankenkassenprämie nicht bezahlen und trotzdem Leistungen von Ärzten und Spitälern in Anspruch nehmen. Die Kosten bleiben bei den Leistungserbringern und beim Kanton hängen. Darum wird der Regierungsrat ersucht, zu den folgenden Fragen Stellung zu nehmen:

1. Wieviele Personen im Kanton Solothurn verweigern die Bezahlung der Krankenkassenprämien?
2. Wie hoch sind offene Rechnungen bei den Solothurner Spitälern und bei den Ärzten, die wegen Leistungssperre von den Krankenkassen nicht übernommen werden?
3. Wie sieht die bisherige Regelung für diese Kosten aus und wie präsentiert sich die Regelung ab 2012?
4. Ist der Regierungsrat auch der Meinung, dass Leute, welche ihre Krankenkassenprämie nicht bezahlen, nur noch zwingend notwendige Leistungen erhalten sollen?
5. Wie beurteilt der Regierungsrat das Führen von «Schwarzen Listen»? Listen, aus welchen die Leistungserbringer ersehen, welche Patienten ihre Prämie nicht bezahlt haben und daher nur Anspruch auf minimale Leistungen haben.
6. Welche Massnahmen zieht der Regierungsrat in Betracht, um zu verhindern, dass das eigenverantwortliche Handeln bei Krankenversicherung gestärkt wird?

2. Begründung

Im Vorstosstext enthalten.

3. Stellungnahme des Regierungsrates

3.1 Zu Frage 1

Diese Frage kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden.

Bis zum 31. Dezember 2006 waren die Einwohnergemeinden dazu verpflichtet, den Krankenversicherern unerhältliche Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungen unbeschränkt zu vergüten. Der Kanton erstattete den Einwohnergemeinden diese Kosten unter dem Nachweis, dass ein Verlustschein vorliegt, über die Prämienverbilligung zurück. Diese Vergütung galt nicht als Bevorschussung sondern als nicht rückzahlbare Prämienverbilligung.

Seit dem 1. Januar 2007 sind die Einwohnergemeinden nur noch dazu verpflichtet, unerhältliche Prämien und Kostenbeteiligungen für sozialhilfebedürftige Personen zu übernehmen. Zudem werden Verlustscheine von Personen übernommen, die Ergänzungsleistungen zu einer AHV- oder IV-Rente erhalten und die Leistungssperre beseitigt werden muss, weil eine dringliche ärztliche Behandlung ansteht. Diese Fälle werden allerdings nicht mehr über die Einwohnergemeinden abgewickelt, sondern direkt über die Ausgleichskasse bewirtschaftet.

Entsprechend werden Prämienausstände sowie die daraus resultierenden Verlustscheine für die Ausstände von Personen, welche keine finanzielle Hilfe vom Staat erhalten, seit Wegfall der generellen Übernahmepflicht ab Januar 2007 grundsätzlich von den Krankenkassen selbst verwaltet und bewirtschaftet. Über die individuellen Verhältnisse der säumigen Schuldner liegen dem Kanton deswegen keine Informationen vor und es bestehen auch keine genauen Daten mehr darüber, um wie viele Personen es sich handelt.

3.2 Zu Frage 2

Die Frage kann infolge der Veränderungen auf das Jahr 2007 lediglich für die Solothurner Spitäler AG beantwortet werden. Trotz aktiver Bewirtschaftung der Leistungsaufschübe musste diese in der Jahresrechnung 2010 Abschreibungen von Fr. 1'009'837.20 für nicht bezahlte Rechnungen vornehmen. In der Jahresrechnung 2009 belief sich dieser Betrag auf Fr. 1'029'138.61.--. Per Ende 2010 weist die Solothurner Spitäler AG unbezahlte Rechnungen im Wert von Fr. 2'520'369.15 aus.

3.3 Zu Frage 3

Siehe Antwort zu Frage 1.

Mit Inkrafttreten des revidierten Art. 64a KVG per 1. Januar 2012 muss der Kanton nicht bezahlte Prämien oder Kostenbeteiligungen, für die ein Verlustschein besteht, zwingend zu 85% übernehmen. Diese Übernahmepflicht wird gemäss den derzeit möglichen Schätzungen Mehrkosten in der Prämienverbilligung von jährlich 5-7 Mio. Franken zur Folge haben. Im Gegenzug fällt der bis dato in Art. 64a Abs. 2 geregelte Leistungsaufschub, welcher die Krankenversicherer nach Stellung des Fortsetzungsbegehrens im Betreibungsverfahren selbstständig veranlassen konnten, dahin. Ein Leistungsaufschub wird ab Inkrafttreten der neuen Regelung nur noch gegenüber Personen möglich sein, welche der Kanton auf einer Liste gemäss nArt. 64a Abs. 7 KVG aufgeführt hat. Der Leistungsaufschub gilt hierbei aber nicht bezüglich einer Notfallbehandlung. Der Kanton ist nicht gezwungen, eine solche Liste zu führen; bei der gesetzlichen Grundlage im KVG handelt es sich um eine Kann-Bestimmung.

3.4 Zu Frage 4

Grundsätzlich, ja.

3.5 Zu Frage 5

Das Führen einer Liste, wie es nach nArt. 64 Abs. 7 KVG künftig möglich sein wird, hat Vor- und Nachteile. Der augenscheinlichste Vorteil der neuen Regelung ist, dass weiterhin für einen ausgesuchten Personenkreis Leistungsaufschübe möglich sein werden. Solche Leistungsaufschübe verhindern, dass Personen, die ihrer Prämienzahlungspflicht nicht nachkommen, alle medizinischen Leistungen

beziehen können und dadurch im Gesundheitswesen weitere ungedeckte Kosten entstehen. Auf den ersten Blick erscheint dieser Mechanismus gerecht und sinnvoll. Bei näherer Betrachtungsweise stellen sich aber Fragen, die es vor Einführung einer solchen Liste unbedingt zu klären gilt.

Angesichts des Wortlauts der neuen Bestimmung ist nämlich unklar, welche Kosten durch diese Liste tatsächlich verhindert werden können. Für die Leistungserbringer bestünde durch eine solche Liste sicherlich eine bessere Möglichkeit, nachzuforschen, ob ihre Kundschaft zahlungsfähig ist bzw. ob eine Versicherung besteht, die zu einer Leistungsvergütung bereit ist. Allerdings gilt das nicht absolut, denn solche Listen können nie komplett sein. Zur Kostenübernahme gegenüber den Versicherern verpflichtet ist der Kanton nun aber gemäss nArt. 64a Abs. 3 KVG nur für Prämienausstände, Kostenbeteiligungen und für damit verknüpfte Verzugszinsen und Betreuungskosten, allerdings nicht für Ausstände die bei den Leistungserbringern selbst entstanden sind. Bei enger Auslegung des gegenwärtigen Wortlautes dürfte durch das Führen der genannten Liste wohl nur verhindert werden, dass der Kanton die Übernahme von 85% der Kostenbeteiligungen (inkl. Verzugszinsen und Betreuungskosten) verhindern kann. Die bei dieser Person bestehenden und noch weiter anfallenden Prämienausstände dürften durch diese Liste aber nicht verhindert werden, da hier ja das Versicherungsobligatorium besteht, bzw. kein Ausschluss aus der Versicherung erfolgen kann. So gesehen dürften die effektiv einsparbaren Kosten geringer sein, als bei vordergründiger Betrachtung vermutet. Demgegenüber zu stellen ist der Aufwand, der das Führen einer solchen Liste mit sich bringt. Nur wenn die Einsparungen der Kosten über diesem Verwaltungsaufwand zu liegen kommen, lohnt sich das Führen einer solchen Liste.

Wer glaubt, dass das Bestehen einer solchen Liste abschreckende Wirkung haben könnte und somit die Selbstverantwortung des einzelnen gestärkt würde, dürfte in der Realität enttäuscht werden; zumal die Liste ohnehin nur für einen engen Kreis an Adressaten einsehbar ist.

Eine solche Liste wirft aber neben der Frage der Wirtschaftlichkeit noch andere Fragen auf. Durch die Listung erfahren Personen – allen voran sozial und wirtschaftliche Schwächere – einen Ausschluss von medizinischen Leistungen, die über die Grundversicherung abgedeckt sind. Sie sollen künftig nur noch eine Notfallbehandlung erhalten. Wer definiert nun aber, welche Leistungen zwingend notwendig zu erbringen sind? Und wer erkennt denn zweifelsfrei, ob es sich im Einzelfall um einen Notfall handelt oder nicht? So birgt eine solche Liste letztlich die Gefahr in sich, dass Personen von Leistungserbringern abgewiesen werden, weil sie aufgrund vordergründig milder Symptomen um Hilfe bitten, anhand derer nicht unmittelbar erkannt werden kann, dass sie Zeichen einer ernsthaften Erkrankung sind, die ohne Behandlung zu Folgeschädigungen, Invalidität oder gar Tod führen.

Weiter besteht bei einer solchen Einrichtung immer auch die Gefahr, dass Personen versehentlich auf dieser Liste verbleiben und dadurch mit ernsthaften Nachteilen konfrontiert werden. Nicht zu unterschätzen sind in diesem Zusammenhang auch datenschützerische Probleme.

Trotz der bestehenden Nachteile werden wir die Einführung einer solchen Liste ernsthaft prüfen. Ein Entscheid darüber wird aber erst möglich sein, wenn klar ist, ob über dieses Instrument auch wirklich Kosten verhindert werden können.

3.6 Zu Frage 6

Beim Leistungsfeld Krankenversicherung handelt es sich um ein solches, welches von Seiten Bund stark reglementiert ist. Er hat die ihm zugewiesene Kompetenz grundsätzlich vollständig ausgeschöpft. Somit bleibt wenig bis gar kein Spielraum für den kantonalen Gesetzgeber. Es ist entsprechend nicht ersichtlich, wie es denn möglich sein soll, die Eigenverantwortung der Beteiligten zu stärken.

Der Bundesgesetzgeber hat sich mit der Revision von Art. 64a KVG dafür entschieden, den Krankenversicherern eine Last abzunehmen und die Kosten künftig den Kantonen aufzuerlegen. Damit ist auch die Selbstverantwortung der Krankenversicherer vermindert worden. Auf diese Entscheidung kann gegenwärtig kaum Einfluss mehr genommen werden.



Andreas Eng
Staatschreiber

Verteiler

Amt für soziale Sicherheit (4)
Aktuarin SOGEKO
Parlamentsdienste
Traktandenliste Kantonsrat