IIIIII KANTON solothurn

Regierungsratsbeschluss

vom 3. März 2020

Nr. 2020/309
KR.Nr. K 0013/2020 (DDI)

Kleine Anfrage Tamara Mühlemann Vescovi (CVP, Zuchwil): Krankenversicherung Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene (VA): fragwürdiges Vorgehen beim Wechsel aus der kantonalen Kollektiv- in die Einzelversicherung
Stellungnahme des Regierungsrates

---

1. Vorstosstext

Mit Schreiben vom 26. April 2018 wurden die Leiterinnen und Leiter der Sozialregionen des Kantons Solothurn sowie die zuständigen Asylkoordinatorinnen und Asylkoordinatoren rückwirkend informiert, dass ab dem 1. Januar 2018 sämtliche Asylsuchende und vorläufig aufgenommene Personen (VA7-) im Modell «Med Direct» versichert werden. Dieser Wechsel hatte zur Folge, dass das Amt für soziale Sicherheit seither dem Krankenversicherer die jeweils zuständigen Hausärzte melden muss. Entsprechend ist die Leistung der Krankenkasse daran geknüpft, dass die Klienten und Klientinnen zuerst den zugewiesenen Hausarzt aufsuchen. Geschieht dies nicht, gibt es seitens des Versicherers einmalig eine Mahnung, bei weiteren Fällen lehnt er die Kostenübernahme ab.

Bei einem Statuswechsel (Erhalt Flüchtlingseigenschaft), Wechsel zur Personengruppe der VA7+ oder bei wirtschaftlicher Selbständigkeit erfolgt durch die kantonale Fachstelle Gesundheitskosten Asyl eine Ummeldung von der Kollektiv- in die Einzelversicherung. Dabei könnte das Modell «Med Direct» übernommen werden. Die Realität zeigt jedoch, dass die betroffenen Personen nach dem Wechsel von der Kollektiv- in die Einzelversicherung scheinbar automatisch im Modell «freie Arztwahl inkl. Unfallversicherung» versichert werden. Damit fallen unnötig hohe Prämien an, welche sogar zur Schuldenfalle werden können. Ausserdem werden die Versicherten weder über die unterschiedlichen Sparmodelle informiert, noch können sie sich beraten lassen oder sonst wie den Wechsel beeinflussen. Die neuen Versicherungspolicen werden den versicherten Kunden und Kundinnen in der Regel erst geraume Zeit nach dem Wechsel zugestellt und erlangen Gültigkeit, ohne dass die Versicherten zum Zeichen ihres Einverständnisses die Policen unterschrieben hätten. Schliesslich werden den neu in der Einzelversicherung versicherten Personen die ausstehenden Prämien rückwirkend über mehrere Monate in Rechnung gestellt, was für viele der betroffenen Personen eine immense finanzielle Belastung darstellt.

Vor diesem Hintergrund stellen sich folgende Fragen:
1. Warum wird beim Wechsel aus der Kollektiv- in die Einzelversicherung nicht automatisch das Modell «Med Direct» übernommen, sondern stattdessen das Modell «freie Arztwahl inkl. Unfalldeckung» gewählt, welches bis zu 30% höhere Prämien verursacht?
2. Die Sozialämter sind verpflichtet, dem Kanton relevante Daten wie die jeweiligen Hausärzte oder die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu melden. Diese Daten werden aber scheinbar nicht an den Versicherer weitergegeben. Was sind die Gründe hierfür, und wie sind die Zusammenarbeit und die jeweiligen Zuständigkeiten zwischen Kanton und Krankenversicherer konkret geregelt?
3. Aus welchen Gründen werden die versicherten Personen bei einer Ummeldung von der Kollektiv- in die Einzelversicherung nicht explizit zu den unterschiedlichen Sparmodellen und der Unfallversicherung informiert? Mit welchen Massnahmen plant die Regierung, diese inakzeptable Intransparenz zu beseitigen?

4. Müssen diejenigen Versicherten, welche erwerbstätig sind, eine Bestätigung zur Unfallversicherung vom Arbeitgeber vorlegen? Falls ja, wie wird sichergestellt, dass die Versicherten rechtzeitig informiert werden und keine doppelten Kosten anfallen?
5. Haben die versicherten Kunden beim Wechsel die Möglichkeit, ein Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen? In welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wird das kommuniziert?
6. Basierend auf welchen rechtlichen Grundlagen erlangen die höheren Versicherungspolicen Gültigkeit, ohne dass die versicherten Personen diese unterschrieben hätten?
7. In der Regel dauert es mehrere Monate, bis die Versicherten die neue, teurere und nicht unterzeichnete Versicherungspolice erhalten und entsprechend rückwirkend die Prämien bezahlen müssen. Dies ist für die meisten Versicherten eine sehr grosse finanzielle Belastung. Welche Möglichkeiten sieht die Regierung, die Abläufe zu optimieren, die Fristen entsprechend zu verkürzen und dadurch zu verhindern, dass die Versicherten bis zu 30% zu viel Prämien bezahlen (Beispiel: Mann (20) aktuelle korrigierte Prämie (Hausarzt) 2020 CHF 270.- / Prämie nach Austritt aus Asylsozialhilfe (ohne Information nun freie Arztwahl) CHF 368.-)?

2. Begründung

Die Begründung ist im Vorstosstext enthalten.

3. Stellungnahme des Regierungsrates

3.1 Vorbemerkungen

Die medizinische Grundversorgung von Asylsuchenden wird durch das Krankenversicherungs-Obligatorium gewährleistet (Art. 3 Abs. 1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, KVG; SR 832.10). Asylsuchende mit Wohnsitz in der Schweiz unterstehen dabei der Krankenkversicherungspflicht (Art. 1 Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995, KVV; SR 832.102). Im Kanton Solothurn sind sozialhilfebeziehende Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene mit weniger als sieben Jahren Aufenthalt in der Schweiz (VA7-) im Rahmen des Kollektivvertrags vom 25. November 2011 bei der Visana Services AG kranken- und unfallversichert. Seit Inkrafttreten des neuen Asylverfahrens per 1. März 2019 werden auch anerkannte und vorläufig aufgenommene Flüchtlinge, solange sie sich in den kantonalen Unterbringungsstrukturen aufhalten, im Rahmen des Kollektivvertrags versichert. Das Amt für soziale Sicherheit (ASO) stellt dabei die zentrale Administration sicher. Seit dem 1. Januar 2018 erfolgt die Versicherung im Sparmodell «Med Direct». Dieses ist eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Apotheken, Spitäler etc.). Sie basiert auf dem Prinzip der Grundversorgung durch den gewählten Hausarzt, der die ganzheitliche Betreuung und Beratung der Versicherten sicherstellt.

Bei einem Statuswechsel (Erhalt Flüchtlingseigenschaft), Wechsel zur Personengruppe der vorläufig Aufgenommen ab 7 Jahre Aufenthalt (VA7+), bei wirtschaftlicher Selbständigkeit oder bei Übertritt von Personen mit Flüchtlingsstatus in die kommunalen Unterbringungsstrukturen erfolgt durch das Amt für soziale Sicherheit eine Ummeldung beim Versicherer von der Kollektiv- in die Einzelversicherung. Die Sozialregionen und diejenigen Einwohnergemeinden, in denen der Asylbereich nicht regionalisiert ist, sind dafür verantwortlich, dem ASO alle für die Ummeldung nötigen Daten zeitnah zur Verfügung zu stellen. Insbesondere ist der aktuelle Hausarzt zu melden und bekannt zu geben, ob ein Unfalleinschluss mitversichert werden soll. Gestützt auf die gemeldeten Daten nimmt der Versicherer die Umteilung in die Einzelversicherung vor.

Bei einem Eintritt in die Einzelversicherung wird grundsätzlich das Modell «Med Direct» weitergeführt. Damit dies möglich ist, muss dem Versicherer aber ein Hausarzt bekannt gegeben werden. Geschieht dies nicht oder gibt es keinen Hausarzt, erfolgt die Überführung in das Modell

«freie Arztwahl inkl. Unfalldeckung». Ein Wechsel in das kostengünstigere Modell «Med Direct» kann in diesen Fällen weiterhin kurzfristig vorgenommen werden, wenn ein Hausarzt an den Versicherer gemeldet wird. Bei einem Wechsel in die Einzelversicherung infolge wirtschaftlicher Selbständigkeit, entscheidet der Versicherungsnehmer eigenständig darüber, ob er das Modell «Med Direct» beibehalten will. Der Versicherer nimmt in diesen Fällen direkt mit den Versicherten Kontakt auf.

Die im Vorstosstext aufgeführte Problematik beim Wechsel von der Kollektiv- in die Einzelversicherung wurde dem ASO bereits vor einiger Zeit zur Kenntnis gebracht. Daraufhin wurden zusammen mit allen Akteuren die Prozesse analysiert. Der mögliche Optimierungsbedarf ist erkannt, erste Massnahmen wurden definiert und befinden sich bereits in der Umsetzung.

3.2 Zu den Fragen

3.2.1 Zu Frage 1:

Warum wird beim Wechsel aus der Kollektiv- in die Einzelversicherung nicht automatisch das Modell «Med Direct» übernommen, sondern stattdessen das Modell «freie Arztwahl inkl. Unfalldeckung» gewählt, welches bis zu 30% höhere Prämien verursacht?

Wie ausgeführt, wird das Modell «Med Direct» wenn immer möglich weitergeführt. Eine Nachfrage beim Versicherer hat allerdings ergeben, dass zum Zeitpunkt der Einführung des Modells «Med Direct» per 1. Januar 2018 bei einem Wechsel von der Kollektiv- in die Einzelversicherung zunächst tatsächlich eine Einteilung in das traditionelle Modell «freie Arztwahl inkl. Unfalldeckung» erfolgte. Zwischenzeitlich wurde dies angepasst; das Modell «Med Direct» wird nun auch bei einem Wechsel standardmässig weitergeführt. Vorausgesetzt es kommt zu einer zeitnahen Mitteilung, wer im Einzelfall Hausarzt ist.

3.2.2 Zu Frage 2:

Die Sozialämter sind verpflichtet, dem Kanton relevante Daten wie die jeweiligen Hausärzte oder die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu melden. Diese Daten werden aber scheinbar nicht an den Versicherer weitergegeben. Was sind die Gründe hierfür, und wie sind die Zusammenarbeit und die jeweiligen Zuständigkeiten zwischen Kanton und Krankenversicherer konkret geregelt?

Das ASO hat mit der Visana Services AG basierend auf dem Kollektivvertrag eine Verwaltungsvereinbarung abgeschlossen (RRB Nr. 2011/2425 vom 22. November 2011). In dieser finden sich die Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen Kanton und Krankenversicherer. Die daraus abgeleiteten Arbeitsprozesse werden regelmässig erneuert und optimiert. Bei der kürzlich erfolgten Analyse dieser Prozesse war festzustellen, dass das ASO die durch die Sozialdienste übermittelten Daten korrekt verarbeitet und dem Versicherer auch vollständig weiterleitet. Als verbesserungswürdig hat sich lediglich die Dauer der Verarbeitung erwiesen, also die Zeit, die zwischen Eingang der Meldung und Weitergabe der Daten an den Krankenversicherer vergeht. Die nötigen Korrekturen und Vorgaben sind diesbezüglich aber bereits erfolgt. Weiter zeigte sich, dass die von den Sozialregionen gelieferten Datensätze teilweise unvollständig sind oder erst mit längerer Verzögerung eintreffen. Insbesondere wenn Versicherte eine Arbeit aufnehmen, warten einige Sozialdienste erst die Probezeit ab, bevor die Abmeldung beim ASO erfolgt. Diese mitunter monatelangen Verzögerungen im Prozess wurden erkannt. In der nächsten Zeit finden mit den Sozialregionen Gespräche statt, wie hier rasche und korrekte Vorgänge etabliert werden können.

3.2.3 Zu Frage 3:

Aus welchen Gründen werden die versicherten Personen bei einer Ummeldung von der Kollektiv- in die Einzelversicherung nicht explizit zu den unterschiedlichen Sparmodellen und der Unfallversicherung informiert? Mit welchen Massnahmen plant die Regierung, diese inakzeptable Intransparenz zu beseitigen?

Nach erfolgter Zuweisung durch den Kanton in die Einwohnergemeinden liegt die Verantwortung der Fallführung in der jeweiligen Sozialregion oder der Einwohnergemeinde. Dazu gehört auch die Aufgabe, die betreuten Personen über Rechte und Möglichkeiten in Bezug auf die Kranken- und Unfallversicherung aufzuklären und auf Sparmodelle hinzuweisen. Unabhängig davon bietet der Versicherer den Versicherten mit dem Zustellen der neuen Krankenkassenpolice ein persönliches Beratungsgespräch an.

3.2.4 Zu Frage 4:

Müssen diejenigen Versicherten, welche erwerbstätig sind, eine Bestätigung zur Unfallversicherung vom Arbeitgeber vorlegen? Falls ja, wie wird sichergestellt, dass die Versicherten rechtzeitig informiert werden und keine doppelten Kosten anfallen?

Nein. Die Sozialregionen und Gemeinden sind verpflichtet, dem ASO die Arbeitsaufnahme einer versicherten Person zu melden. Gestützt auf diese Meldung wird der Versicherer durch das ASO darüber informiert, ob das Unfallrisiko miteingeschlossen werden muss oder nicht.

3.2.5 Zu Frage 5:

Haben die versicherten Kunden beim Wechsel die Möglichkeit, ein Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen? In welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wird das kommuniziert?

Ja, diese Möglichkeit steht den Versicherten in jedem Fall offen. Bei einem anstehenden Wechsel aus der Kollektiv- in die Einzelversicherung werden die Versicherten direkt durch den Versicherer angeschrieben. Nebst der neuen Versicherungspolice werden die Versicherten in einem separaten Schreiben aufgefordert, dem Versicherer den aktuellen Hausarzt bekanntzugeben und mitzuteilen, ob nach wie vor die Unfalldeckung mitversichert werden soll. Zugleich werden die Versicherten explizit auf die Möglichkeit einer persönlichen Beratung hingewiesen. Der Versand erfolgt dabei innert Monatsfrist nach erfolgter Ummeldung durch das ASO an den Versicherer.

3.2.6 Zu Frage 6:

Basierend auf welchen rechtlichen Grundlagen erlangen die höheren Versicherungspolicen Gültigkeit, ohne dass die versicherten Personen diese unterschrieben hätten?

Gemäss Art. 61 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) legt der Versicherer die Prämien für die Versicherten fest. Gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG können Versicherte ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt. Gemäss Art. 62 Abs. 1 KVG kann der Versicherer die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers vermindern. Diese Bestimmungen ermöglichen es dem Versicherer, dass er bei Weiterbestehen eines Versicherungsverhältnisses die geltenden Prämien für eine Grundversicherung einseitig vorschreiben kann. Es braucht damit keine Zustimmung mittels Unterzeichnen einer Police. Der Versicherte muss im eigentlichen auch den Zugang zu einem vergünstigten Modell beantragen und der Versicherer beurteilt hernach, ob er

darauf eingeht. Wer mit der Höhe einer Prämie nicht einverstanden ist und auch keinen Zugang zu anderen Versicherungsformen erhält, dem bleibt letztlich nur die Kündigung und der Abschluss einer Grundversicherung bei einem anderen, günstigeren Versicherer. Dies gilt für alle Personen, die sich in der Schweiz grundversichern lassen müssen.

3.2.7 Zu Frage 7:

In der Regel dauert es mehrere Monate, bis die Versicherten die neue, teurere und nicht unterzeichnete Versicherungspolice erhalten und entsprechend rückwirkend die Prämien bezahlen müssen. Dies ist für die meisten Versicherten eine sehr grosse finanzielle Belastung. Welche Möglichkeiten sieht die Regierung, die Abläufe zu optimieren, die Fristen entsprechend zu verkürzen und dadurch zu verhindern, dass die Versicherten bis zu 30% zu viel Prämien bezahlen (Beispiel: Mann (20) aktuelle korrigierte Prämie (Hausarzt) 2020 CHF 270.- / Prämie nach Austritt aus Asylsozialhilfe (ohne Information nun freie Arztwahl) CHF 368.-?

Die Problematik der zeitverzögerten Zustellung der neuen Versicherungspolice und der damit verbundenen, rückwirkenden Fälligkeit von Prämien ist erkannt. Die nötigen Massnahmen sind eingeleitet, die Prozessabläufe zwischen sämtlichen Akteuren (Versicherungsnehmer, Versicherer, Sozialregionen, Amt für soziale Sicherheit) werden aktuell optimiert. Im Zentrum stehen die Verbesserung des Informationsflusses und die Sensibilisierung der Sozialregionen und Gemeinden bzgl. der Meldungen an das ASO und der Aufklärung der Versicherten. Generell soll der Übertrittsprozess effizienter gestaltet und dadurch beschleunigt werden. Die bereits umgesetzten Massnahmen gewährleisten bei Meldung eines Hausarztes, dass bei Übertritten von der Kollektiv- in die Einzelversicherung das Modell «Med Direct» zur Anwendung kommt.

Andreas Eng
Staatsschreiber

Verteiler

Departement des Innern, Departementssekretariat
Amt für soziale Sicherheit (3); HAN BIR, BIA (2020-012)
Parlamentsdienste
Traktandenliste Kantonsrat