

Beschluss vom 12. Februar 2008

**Kleine Anfrage 4/2007
betreffend Leistungssperren von Krankenkassen**

In einer Kleinen Anfrage vom 25. Januar 2007 fragt Kantonsrat Josef Würms nach den Folgen der durch Krankenkassen verfügten Leistungssperren bei Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Schaffhausen, die ihre Versicherungsprämien nicht bezahlen, sowie nach den Massnahmen, die der Regierungsrat zur Eindämmung der daraus resultierenden Probleme getroffen hat oder treffen wird.

Der Regierungsrat

a n t w o r t e t :

Die Zahl der Personen, bei denen die Krankenversicherer aufgrund von ausstehenden Prämienzahlungen keine Leistungen mehr erbringen, ist in den beiden letzten Jahren spürbar angewachsen. Die Problemstellung wurde verschärft durch eine bundesrechtliche Neuerung. Bis Ende 2005 konnten die Krankenkassen ihre Leistungen erst aufschieben, wenn die Prämien nach erfolgten Mahnungen unbezahlt blieben und ein eingeleitetes Betreibungsverfahren mit der Ausstellung eines Verlustscheines erfolglos abgeschlossen wurde. Seit Anfang 2006 ist das Vorliegen eines Verlustscheines nicht mehr erforderlich. Stattdessen können die Leistungen bereits nach zweimaliger Mahnung und Einreichung eines Fortsetzungsbegehrens im Vollstreckungsverfahren eingestellt werden. Daraus ergibt sich, dass vermehrt auch Personen vom Leistungsstopp betroffen werden, die bei intakter Zahlungsmoral durchaus in der Lage wären, ihre Prämienausstände zu begleichen.

Die Krankenversicherer haben die Personen, bei denen die Leistungspflicht der Versicherer ruht, den Gemeinden zu melden. Diese wiederum erstatten dem Sozialversicherungsamt viermal jährlich Bericht. Aufgrund der eingegangenen Meldungen bestand Mitte 2007 bei 853 Personen, entsprechend knapp 1,2 % der Bevölkerung, ein Leistungsstopp der Versicherer. Damit liegt Schaffhausen leicht unter dem nationalen Mittelwert, wie er von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im Frühjahr 2007 erhoben wurde.

Die Prämienausstände führen dazu, dass ein Teil der Bevölkerung trotz gesetzlichem Versicherungsobligatorium faktisch keinen Versicherungsschutz hat. Diese Tatsache ist stossend. Bund, Kantone und Versicherer suchen seit Jahren nach Lösungen, um das Problem so weit wie möglich einzugrenzen. Mit der seit 2006 geltenden bundesrechtlichen Neuregelung hat der Gesetzgeber versucht, die Inkassoprobleme der Versicherer zu lindern und den Druck auf säumige Versicherte, ihre Prämien zu zahlen, über den früheren Leistungsstopp zu erhöhen. Gleichzeitig wurden damit aber neue Probleme geschaffen, von denen primär die medizinischen Leistungserbringer sowie die Kantone und Gemeinden betroffen werden.

Direkt spürbar wird der frühere Leistungsstopp für säumige Prämienzahler bei jenen medizinischen Leistungserbringern, die aufgrund der geltenden Tarifverträge direkt mit den Versicherern abrechnen (System "tier payant"). Betroffen sind in diesem Sinne vor allem die

Spitäler. Bei den kantonalen Spitälern Schaffhausen hat die Zahl der Rechnungen, die aufgrund unbezahlter Versicherungsprämien offen geblieben sind, seit 2006 spürbar zugenommen. Nach aktuellem Kenntnisstand muss für das Jahr 2007 mit offenen Forderungen in der Grössenordnung von ca. 0,5 Mio. Franken gerechnet werden. Die Summe ist erheblich, darf aber auch nicht dramatisiert werden. In Relation zum insgesamt abgerechneten Leistungsvolumen von mehr als 90 Mio. Franken entsprechen die Ausfälle anteilmässig lediglich einem halben Prozent, womit die Erfahrungswerte vieler anderer Wirtschaftsbereiche oder auch der Steuerverwaltungen deutlich unterschritten bleiben.

Bei jenen medizinischen Leistungserbringern, deren Tarifvertrag mit den Versicherern auf dem System "tiers garant" beruht (Rechnungsstellung direkt an die Patienten, Rückvergütung der Rechnungsbeträge durch die Versicherer an die Versicherten), stehen die Inkassoprobleme in keinem direkten Zusammenhang mit den Prämienausständen. Dies betrifft insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, welche ihre Rechnungen traditionsgemäss direkt an die Patientinnen und Patienten schicken. Säumige Zahler von Arztrechnungen sind nicht unbedingt identisch mit säumigen Prämienzahlern.

Nach Auskunft der Ärztekasse liegt der Anteil der nicht einbringbaren Forderungen im Gesamtdurchschnitt aller Arztrechnungen traditionell in der Grössenordnung von gut einem Prozent, wobei allerdings - je nach sozialer Zusammensetzung der Klientel - von Praxis zu Praxis erhebliche Unterschiede möglich sind. Besonders schlecht ist die Zahlungsmoral im Notfalldienst, wo oftmals kein engeres persönliches Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient besteht.

Nach den ersten Erfahrungen mit der bundesrechtlichen Neuregelung hat der Regierungsrat am 3. Oktober 2006 eine Ergänzung der Verordnung zum kantonalen Krankenversicherungsgesetz mit folgenden Bestimmungen beschlossen (§ 19^{bis}):

¹ Übernimmt die Gemeinde bei zahlungsunfähigen Personen die Nachzahlung offener Forderungen, um ein Ruhen der Leistungspflicht des Versicherers im Sinne von Art. 64a Abs. 2 KVG zu vermeiden, so werden ihr die effektiv angefallenen Kosten, soweit sie die Richtprämien des Auszahlungsjahres nicht übersteigen, erstattet, wenn ein Verlustschein vorliegt.

² Wurden für die gleiche Person für die gleiche Zeit bereits Prämienverbilligungsbeiträge ausbezahlt, so werden diese durch die AHV-Ausgleichskasse zurückgefordert.

³ Bei Personen, für die eine Prämienzahlung im genannten Sinne erforderlich wurde, hat die Gemeinde für die folgenden Jahre die Geltendmachung des Anspruchs sowie die zweckmässige Verwendung der Beiträge sicherzustellen. Sie kann dazu eine Drittauszahlung gemäss § 18 des Dekrets ohne schriftliche Zustimmung der anspruchsberechtigten Person beantragen.

⁴ Die Gemeinden haben der AHV-Ausgleichskasse Personen mit Leistungsaufschub im Sinne von Art. 64a KVG quartalsweise zu melden.

Die neuen Verordnungsbestimmungen haben die administrativen Abläufe im Zusammenhang mit dem Problem der Prämienausstände geklärt und zu einer Annäherung der Vollzugspraxis in den Gemeinden beigetragen. Auf zwingende Vorgaben, in welchen Fällen die Prämienausstände durch die Gemeinden zu decken sind, wurde allerdings verzichtet. Der Regierungsrat ist in dieser Hinsicht bewusst zurückhaltend geblieben, um keine falschen Signale zu setzen, welche die Zahlungsmoral von grundsätzlich zahlungsfähigen Personen zusätzlich untergraben könnten. Zudem sollte der Spielraum der Gemeinden, welche die persönlichen Verhältnisse der Betroffenen besser kennen, nicht unnötig eingeschränkt werden.

Der Regierungsrat beobachtet die Entwicklung bei den Prämienausständen weiterhin aufmerksam. Dabei richtet sich das Augenmerk auch auf die übergeordnete nationale Ebene. Im Grundsatz handelt es sich bei den wachsenden Prämienausständen um eine landesweite Problemstellung, die auch mit einer landesweit möglichst gut abgestimmten Strategie angegangen werden sollte. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK hat deshalb koordinierte Aktivitäten entfaltet mit dem Ziel, in Abstimmung mit den Krankenversicherern und den Bundesbehörden ein umfassendes Gesamtkonzept zu entwickeln. Dabei steht nach aktuellem Stand der Debatte eine Kompromisslösung mit folgenden Haupt-Elementen im Vordergrund:

- Verpflichtung der Kantone bzw. der Gemeinden, die Prämienausstände in jenen Fällen zu übernehmen, in denen die Zahlungsunfähigkeit der Versicherten im Rahmen des Vollstreckungsverfahrens nachgewiesen wurde (Vorliegen eines Verlustscheins);
- weitgehende Rückkehr zum früheren Zustand in Bezug auf die Leistungspflicht der Versicherer bis zum Vorliegen eines Verlustscheins.

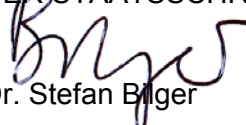
Eine derartige Lösung müsste mit zusätzlichen Detailregelungen ergänzt werden, um einer sinkenden Zahlungsmoral der Versicherten entgegenzuwirken. Insbesondere müssen Informationsflüsse und Zahlungsverfahren so ausgestaltet werden, dass eine systematische Bewirtschaftung der Verlustscheine nach der Übernahme von Prämienausständen durch die öffentliche Hand möglich ist. Zudem ist ein weiterer Ausbau der Informationssysteme zu prüfen, um Personen, die ihren Zahlungspflichten regelmässig und ohne Not nicht nachkommen, den Zugang zu nicht-dringlichen Leistungen des Gesundheitswesens zu erschweren. Im Weiteren kann nur mit einer kantonsübergreifend koordinierten Regelung sichergestellt werden, dass die Kosten und Risiken beim Wohnortswechsel von säumigen Prämienzahlern zwischen den Kantonen und Gemeinden korrekt und fair verteilt werden.

Nach Abschluss der genannten Verhandlungen GDK - santésuisse, der für das kommende Frühjahr erwartet werden kann, wird der Regierungsrat eine Neubeurteilung vornehmen und allfällige weitere Anpassungen der Verordnung zum kantonalen Krankenversicherungsgesetz prüfen.

Für eine gewisse Entschärfung des Problems soll zudem auch die Direktauszahlung der Prämienverbilligungsbeiträge an die Krankenkassen beitragen, deren Umsetzung per 1. Januar 2009 vorgesehen ist. Die Auswirkungen dieses Elementes dürfen allerdings nicht überschätzt werden, da ein erheblicher Teil der Personen mit Prämienausständen aufgrund ihrer Einkommenslage keine oder nur bescheidene Ansprüche auf Prämienverbilligung hat. Die landesweiten Abklärungen der GDK haben gezeigt, dass der Anteil der Personen mit Prämienausständen in jenen Kantonen, welche die Prämienverbilligung über die Versicherer auszahlen, nicht kleiner ist als in Kantonen, welche die Beiträge direkt an die Versicherten auszahlen.

Schaffhausen, 12. Februar 2008

DER STAATSSCHREIBER:


Dr. Stefan Bilger