



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

09.5074.02

WSU/P095074
Basel, 29. April 2009

Regierungsratsbeschluss
vom 28. April 2009

Interpellation Nr. 11 Sebastian Frehner betreffend Zahlungen an Krankenversicherer für Prämienausstände und nicht bezahlte Kostenbeteiligungen durch den Kanton
(eingereicht vor der Grossratssitzung vom 22. April 2009)

Frage 1: Wie hoch ist die Zahl der Versicherten für die der Kanton Prämienausstände und nicht bezahlte Kostenbeteiligungen übernehmen muss? Falls dazu keine Zahlen vorliegen, weshalb erhebt man diese nicht?

Zu dieser Frage ist vorab zu verdeutlichen, dass der Kanton materiell nicht die Ausstände von Prämien und Kostenbeteiligungen im Sinne einer Schuldentilgung übernimmt. Die Schulden der Versicherten bleiben vielmehr bestehen:

- Versicherte von Vertragskassen (d.h. Kassen, die dem im Kanton Basel-Stadt bestehenden langjährigen Rahmenvertrag zwischen Kanton und santésuisse, dem Verband der Schweizer Krankenversicherer, beigetreten sind) schulden ihre offenen Beiträge bzw. Kostenbeteiligungen weiterhin ihrer Kasse. Diese setzt das Inkassoverfahren fort, einschliesslich Bewirtschaftung der Verlustscheine. Die vertragliche Vergütung des Kantons an die Vertragskasse stellt die pauschale Abgeltung der Kosten dar, die der Kasse aus dem Verzicht auf eine Leistungssistierung nach Art. 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) entstehen. Diese Abgeltung setzt sich, wie in der Antwort auf die Schriftliche Anfrage von Martina Saner bereits beschrieben, aus einem Sockelbetrag in Prozent des Prämienvolumens der Kasse und einer anteilmässigen Vergütung der über den Sockelbetrag hinaus nachgewiesenen Verluste zusammen. Allfällige Erlöse der Kassen aus der Verlustscheinsbewirtschaftung sind dabei gemäss Vertrag von der Summe der Verlustscheinskosten in Abzug zu bringen. D.h. die Abgeltung des Kantons an die Kasse ist subsidiär zur Zahlungspflicht der Versicherten.
- Des weiteren sorgen das Amt für Sozialbeiträge (ASB) und die Sozialhilfe (SHB) bei im Kanton wohnhaften Ergänzungsleistungs- und Sozialhilfe-Beziehenden, die bei einer Nichtvertragskasse versichert sind und für allenfalls (vor-)bestehende Schulden mit einer Leistungssistierung belegt sind, durch einen Auskauf dieser Schulden für die Reaktivierung des Krankenversicherungsschutzes. Mit diesem Schuldenauskauf gehen die Forderungen der Kasse auf den Kanton über; die Schuldnerinnen

und Schuldner sind zur Rückzahlung des für sie geleisteten Sistierungsauskaufs verpflichtet, sobald ihre finanziellen Verhältnisse dies erlauben.

Im Lichte obiger Ausführungen ist die Frage 1 wie folgt zu beantworten: Da im Rahmenvertrag zwischen Kanton und santésuisse keine Einzelfälle abgerechnet werden, ist die Zahl der Versicherten mit Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen insgesamt nicht bekannt; ebenso wenig die Höhe der einzelnen Ausstände und die Zeitspannen dieser Rückstände.

Der Kanton verfügt im Rahmenvertrag über zwei Instrumente, um das Interesse der Vertragskassen an der Handhabe eines griffigen Inkassoverfahrens zu beeinflussen:

- Die maximale Entschädigung des Kantons ist in jedem Fall auf insgesamt 1.5% des Prämienvolumens der betreffenden Kasse beschränkt - ungeachtet allenfalls höherer ausgewiesener Verluste;
- Die Vergütung der über den Sockelbeitrag hinausgehenden Entschädigung ist an den Nachweis der Durchsetzung von Rückforderungen geknüpft, soweit dies wirtschaftlich vertretbar ist (wobei das ASB über ein Einsichtsrecht in die Verlustscheine von Versicherten mit Wohnsitz in Basel-Stadt sowie in die kasseninternen Betreibungs- und Inkassoregelungen verfügt).

Deshalb ergibt sich für den Kanton kein Bedarf an einer Erhebung der sich permanent ändernden Anzahl Personen mit (grösseren und kleineren) Schulden bei ihrer Krankenkasse.

Frage 2: Wie schätzt der Regierungsrat die immense Summe von CHF 7.4 Millionen ein?

Die vertragliche Abgeltung des Verzichts auf Leistungssistierung - die in der Grössenordnung über die Jahre recht stabil geblieben ist - ist in Relation zum Jahres-Prämienvolumen im Kanton Basel-Stadt von ca. 640 Millionen Franken (knapp 1.2 %) sowie zur gesamtschweizerischen Erhebung (mit Schätzungen) der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) für das Jahr 2006 zu setzen, wonach die öffentliche Hand rund 190 Millionen Franken für Zahlungsausstände bei der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen hat. Darüber hinaus sind Honorarausstände bei den medizinischen Leistungserbringern in namhafter Höhe verblieben (z.B. bei den Spitälern und Kliniken gesamtschweizerisch aktuell rund 80 Millionen Franken).

Mit dem Rahmenvertrag sind 90 Prozent der in Basel-Stadt wohnhaften, bei einer Vertragskasse versicherten Personen vor einer Leistungssistierung geschützt, Honorarausfälle der Leistungserbringer lassen sich aus diesem Grund also grösstenteils vermeiden. Der Regierungsrat beurteilt demnach die genannte Summe nicht als immens sondern als verhältnismässig. Die in Frage 10 angesprochene gesamtschweizerische Lösung wird im Übrigen mehr kosten.

Frage 3: Laut Homepage des Amts für Sozialbeiträge erhalten im Kanton rund 30'000 Personen Prämienverbilligungen. Bei einer horrenden Summe von CHF 7,4 Millionen für das Jahr 2007 muss angenommen werden, dass über die Personen, die Prämienzuschüsse erhalten, hinaus, hunderte von Personen in Basel regelmässig keine Krankenkassenprämien bezahlen. Wie qualifiziert die Regierung diesen Sachverhalt?

Die Problematik der nicht unbedeutenden Prämienrückstände und -ausstände stellt sich gesamtschweizerisch, nicht nur spezifisch für Basel-Stadt. Mittlerweile hat es sich gezeigt, dass die per Anfang 2006 im KVG eingeführte Verschärfung des Instruments der Leistungssistierung nicht die erhoffte Wirkung gebracht hat, weshalb nun, wie in der Antwort auf die Schriftliche Anfrage Martina Saner erwähnt, auf eidgenössischer Ebene nach einer anderen pragmatischen Lösung gesucht wird, die sich weitgehend am Vorbild des Basler Rahmenvertrags orientiert. Es darf nicht verkannt werden, dass Hintergründe und Dauer einer Verschuldung oder eines finanziellen Engpasses auf sehr verschiedene, individuelle und oft multikausale Ursachen zurückgehen, z.B. auf Erwerbslosigkeit, Trennung/Scheidung, dauerhaftes Niedrigeinkommen (Working Poor), Krankheit/Unfall/Invalidität oder auch auf eine Fehleinschätzung bei den Finanzen. Es wird in der Realität nie möglich sein, allen Verschuldungsproblemen rechtzeitig präventiv begegnen zu können.

Frage 4: Ist bei dieser horrenden Summe nicht ein eigentlicher Systemfehler vorhanden?

Wie zu Frage 2 ausgeführt, beurteilt der Regierungsrat diese Summe als den Umständen entsprechende verhältnismässige Unterstützung der öffentlichen Hand zur Reduktion der Inkassoausfälle in der obligatorischen Krankenversicherung. Diese Ausfälle müssten sonst letztlich durch die Versichertengemeinschaft mittels stärkerer Prämienerhöhung getragen werden. Ein anderes Instrument wäre die Erhebung der Beiträge über einen Lohnabzug, wie dies für die anderen obligatorischen Sozialversicherungen geschieht. Für einen solchen Systemwechsel gibt es aber bisher keinen politischen Konsens.

Frage 5: Wie wissen die zuständigen Stellen im Einzelfall, ob die betroffenen Personen tatsächlich nicht in der Lage sind, die Prämien zu bezahlen?

Wie zu Frage 1 ausgeführt, führen die Krankenversicherer das Inkassoverfahren durch. Der Rahmenvertrag stellt mittels finanziellen Anreizen und administrativen Aufsichtsrechten des Kantons sicher, dass die Krankenversicherer an einer systematischen Handhabung der Inkassoinstrumente interessiert bleiben. Im Einzelfall ergibt sich die Uneinbringlichkeit aus dem Ergebnis des Betreibungsverfahrens. Wie vorerwähnt, werden aber auch Verlustscheine weiter bewirtschaftet.

Frage 6: Ist für den Fall, dass jemand Sozialhilfeleistungen bekommt, die Zahlung der Krankenkassenprämien sichergestellt? Oder ist es möglich, dass jemand Sozialhilfeleistungen (u.a. anderem auch für die Bezahlung von Krankenkassenprämien) erhält, dann aber in der Folge seine Krankenkassenprämien nicht bezahlt?

Die Sozialhilfe bezahlt Krankenkassenprämienbeiträge grundsätzlich direkt an die Krankenversicherer. Bei der Direktzahlung ist eine Zweckentfremdung nicht möglich.

Frage 7: Anscheinend richten staatliche und private Unterstützungsinstitutionen ein besonderes Augenmerk auf die Bezahlung der Krankenkassenprämien. Weshalb gibt es im Kanton dennoch hunderte von Personen, die ihrer Zahlungspflicht nicht nachkommen?

Die Zahlungsmoral ist generell ein Problem. Es ist nicht erwiesen, dass sie bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wesentlich schlechter ist als in anderen Branchen.

Auch mit dem breit gefächerten Angebot an staatlichen und privaten Unterstützungs- bzw. Beratungsinstitutionen, welche sowohl bei Verschuldung wie auch bei den diversen der Verschuldung zu Grunde liegenden Ursachen Beratung und Betreuung anbieten, lassen sich Neuverschuldungen nicht ausschliessen. Selbst Personen in grundsätzlich stabilen Verhältnissen können von Ereignissen oder Entwicklungen betroffen werden, die - sei es sukzessive oder sogar unvermittelt und schnell - zu längerfristigen oder dauerhaften finanziellen Engpässen führen. Eine Hilfe zur Schuldensanierung wird naturgemäß meistens erst dann gesucht, wenn die Verschuldung bereits eingetreten ist.

Frage 8: Besteht in unserem Kanton keine Eigenverantwortung für Personen, die ihre Krankenkasse nicht bezahlen? Falls dies nicht der Fall ist, was tut die Regierung um die Eigenverantwortung bei diesem Thema zu fördern?

Wie in den Ausführungen insbesondere zu den Fragen 1 und 5 dargelegt, besteht die Eigenverantwortung der Versicherten volumäglich. Einbringliche Forderungen können auf dem Betreibungsweg einkassiert werden. An den verbleibenden, sich als uneinbringlich erweisenden Ausständen für Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungsrechnungen beteiligt sich der Kanton im Rahmenvertrag mit santésuisse anteilmässig, ohne dass die individuellen Schulden damit entfallen würden.

Frage 9: Welche Position nimmt die Regierung bezüglich der gegenwärtigen Verhandlungen zwischen der Gesundheitsdirektorenkonferenz und den Krankenkassen ein?

Der Regierungsrat steht einer gesamtschweizerischen Regelung auf Gesetzesebene (im KVG), die sich am Basler Vertragsmodell orientiert, befürwortend gegenüber. Die pauschale Vergütung von uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen durch die öffentliche Hand an die Versicherer ist einer administrativ aufwändigen Einzelfall-Abrechnung (mit doppelter Fallführung durch Kasse und Behörde) klar vorzuziehen. Der Vorsteher des Gesundheitsdepartements und Vizepräsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat diese Position in den genannten Verhandlungen zwischen der, GDK und santésuisse eingebracht.

Frage 10: Wie sieht die sich zwischen der Gesundheitsdirektorenkonferenz und den Krankenkassen abzeichnende Lösung aus? Welches sind die finanziellen Konsequenzen für unseren Kanton für die nächsten Jahre?

Die Verhandlungspartner haben sich darauf geeinigt, dem eidgenössischen Parlament einen Antrag für eine Gesetzesänderung zu stellen, mit der das Instrument der Leistungssistierung aufgehoben werden soll und die Kantone im Gegenzug pauschal 85% der mittels Verlustscheinen ausgewiesenen Zahlungsausstände aus der Grundversicherung übernehmen würden. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) schlägt überdies als neues Element vor, dass die Versicherer 50% der Erträge aus der Bearbeitung der Verlustscheine an die Kantone rückvergüteten. Im Übergang zur neuen Regelung werden bei einer bestehenden Leistungssistierung die vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung erbrachten Leistungen von der Kasse nur dann bezahlt, wenn auch die Forderungen der Kasse aus dieser Periode beglichen sind. Gleichzeitig ist das EDI dem Auftrag des Parlaments nachgekommen, einen Gesetzesvorschlag für die Umsetzung der von der ständerätslichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit eingereichten und mit grosser Mehrheit überwiesenen Motion Nr. 07.3275 betreffend Auszahlung der Prämieverbilligung an die Versicherer zu formulieren, verbunden mit einer fünfjährigen Übergangsfrist und dem Antrag, auf eine Entschädigung administrativer Aufwendungen der Kassen explizit zu verzichten. Nach Gesprächen zwischen GDK und santésuisse, zuletzt unter der Leitung von Bundesrat Pascal Couchepin, wurde das Geschäft der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) unterbreitet, welche es am 1. April 2009 an die Hand genommen hat.

Die Kantone sind daran interessiert, dass die geplante Bundeslösung möglichst rasch realisiert wird. Die GDK ist zuversichtlich, dass eine Gesetzesrevision auf Anfang 2010 in Kraft treten kann.

Diese für alle Kantone verbindliche Lösung sollte administrativ ebenso praktisch zu handhaben sein wie die heutige vertragliche Regelung im Kanton Basel-Stadt. Aufgrund der von der vorgesehenen gesamtschweizerischen und im Vergleich zum geltenden Basler Rahmenvertrag deutlich grosszügigeren finanziellen Abgeltung der Kantone an die Krankenversicherer sind für den Kanton Basel-Stadt allerdings spürbare Mehrausgaben zu erwarten. Diese dürften aufgrund der bisher vorliegenden Angaben über die Parameter zur Berechnung der Abgeltung in der Grössenordnung von CHF 2,5 Millionen (jährlich) liegen.

Insgesamt erachtet der Regierungsrat diesen Abgeltungsmodus trotz Mehrkosten als finanziell vertretbare und tragbare Lösung, welche der Unwägbarkeit möglicher Kostenentwicklungen beim System des einzelfallweisen Sistierungsauskaufs vorzuziehen ist.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin