

Suche nach den wirklich Armen

KRANKENVERSICHERUNG Die «Bestrafung» von säumigen Prämienzahlern kann sich im Krankheitsfall negativ auswirken. Um die wirklich zahlungsunfähigen Versicherten zu schonen, prüfen Kantone und Versicherer neue Wege beim Inkasso.

ROLAND MEIER

So hat sich der Gesetzgeber die Folgen seines Wirkens wohl kaum vorgestellt: Weil im Krankenversicherungsgesetz (KVG) ein Leistungsaufschub vorgesehen ist für Personen, gegen die wegen ausstehender Prämienzahlungen eine Betreibung läuft, können Betroffene mitunter in schwierige Situationen geraten.

Der Kanton Thurgau beispielsweise führt als Warnung vor den «schwarzen Schafen» unter den Krankenversicherten im Internet einen Index, der mit einem Passwort von den Ärzten und weiteren Leistungserbringern abgerufen werden kann. Das wiederum führt zu einer neuen Art von Tourismus: Patienten versuchen, sich in einem Nachbarkanton behandeln zu lassen – mit dem Effekt, dass die dortigen Leistungserbringer das Inkassorisiko tragen müssen.

Aber auch der umgekehrte Fall ist Realität: Dass mitunter lebenswichtige Medikamente oder Behandlungen verweigert werden, was zum einen Ärzte und Apotheker in ein Dilemma stürzt, andererseits der Grundidee des KVG widerspricht, wonach alle Zugang zu den Leistungen der obligatorischen Grundversicherung haben sollen.

Grosser Verwaltungsaufwand

Der Dachverband der Krankenversicherer, Santésuisse, schätzt, dass jährlich rund 400 Mio Fr. an Prämien ausstehen und rund 120'000 Personen von einem Leistungsaufschub betroffen sind.

Die einzelnen Versicherer ihrerseits sind recht unterschiedlich von diesem Phänomen tangiert. Gemessen an der Zahl der Grundversicherten variiert der Anteil der

Leistungssistierungen zwischen 0,35 (Swica) und 2% (Groupe Mutuel, Visana), wie eine Umfrage der «Handelszeitung» ergibt. Obwohl sich die Sistierungen in Grenzen halten, ist der Aufwand, den die vor zwei Jahren eingeführte Massnahme den Kassen beschert, nicht unerheblich und hat Einfluss auf die Verwaltungskosten.

In Bezug auf die an sich zahlungsfähigen, aber nicht besonders zahlungswilligen Versicherten entpuppte sich der Leistungsaufschub als äusserst wirksames Druckmittel. Alle Beteiligten sind sich deshalb einig, dass das Verfahren weiterhin so vorangetrieben werden soll, dass zwischen Zahlungsunwilligen und Zahlungsunfähigen einwandfrei unterschieden werden kann. Konkret: Es muss also auch in Zukunft betrieben werden, bis ein Schuldschein vorliegt.

Anteil umstritten

Nachdem die nationalrätliche Gesundheits- und Sozialkommission (SGK) noch letztes Jahr eine Änderung des einschlägigen KVG-Artikels 64a abgelehnt hat, ortet man beim Bund derzeit keinen Handlungsbedarf. So sind denn jene zwei Parteien gehalten, sich zusammenzurufen, die sich in der Kampagne um den Gesundheitsartikel eben erst hart beföhdet haben, nämlich Santésuisse und die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK).

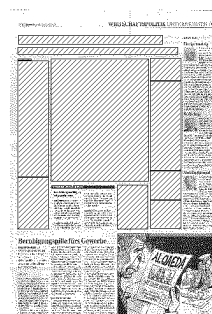
In den Verhandlungen, die nächsten Monat fortgesetzt werden, wird im Interesse vor allem der bedürftigen Chronischkranken eine pauschale Abgeltung der Schuldsomme angestrebt, die den Leistungsaufschub hinfällig ma-

chen würde. Noch nicht einig ist man sich in der Frage, welchen Anteil die Kantone zu übernehmen haben und wie viel sich die Versicherer ans Bein streichen müssen. Santésuisse strebt einen Kantonsanteil «nahe 100%» an. Die Gesundheitsdirektoren stellen sich auf den Standpunkt, es sei nicht Aufgabe der Kantone, für die Versicherer das «Vollkaskorisiko» zu tragen, wie der stellvertretende GDK-Zentralsekretär Michael Jordi gegenüber der «Handelszeitung» zu bedenken gibt.

Funktioniert das System?

Bleibt die Frage, warum es diese Regelung für Zahlungsunfähige überhaupt braucht, wo wir doch Milliarden für die Prämienverbilligung ausgeben. Auch Daniel Widmer, stellvertretender Leiter des Direktionsbereichs Krankenversicherung im Bundesamt für Gesundheit (BAG), erinnert daran, dass jener Personenkreis, dem man jetzt helfen will, ja Anrecht auf Prämienverbilligungen hat.

Für Felix Schneuwly von Santésuisse steht gar fest: «Wenn das System der Prämienverbilligungen funktionierte, gäbe es wegen Prämienausständen keine Betreibungen mit Schuldscheinen.» Von jenen, die ihre Prämien nicht bezahlen wollten, bekämen die Kran-



kenversicherer früher oder später das Geld, meint Schneuwly weiter und fügt bei: «Für jene, die nicht bezahlen können, muss der Staat die Verantwortung übernehmen.»

So koppeln denn vor allem die Versicherer die Revision des KVG-Artikels 64a mit der Forderung, die Prämienverbilligungen müssten direkt den Kassen ausbezahlt werden, wie dies in 14 Kantonen heute schon die Regel ist. Bei der Aus-

zahlung an die Versicherten bestehe die Gefahr, dass die Beiträge nicht für die Prämie, sondern zu anderen Zwecken verwendet werden. In diesem Punkt gibt es unter den Akteuren nichts mehr zu verhandeln: Eine entsprechende Motion ist letztes Jahr – praktisch diskussionslos und ohne Gegenstimmen – von beiden Parlamentskammern an den Bundesrat überwiesen worden.

PROBLEM UND LÖSUNGEN

Den Zahlungsunfähigen entgegenkommen

Druckmittel Das KVG droht säumigen Prämienzahlern mit einem Leistungsaufschub: Sobald wegen ausstehender Prämienzahlungen betrieben wird und ein Verlustschein vorliegt, wird die Kostenübernahme für bezogene Leistungen sistiert.

Ansatz I Gesucht wird nach einer Lösung, welche die Kantone früher in die Pflicht nimmt, da-

mit ein faktischer «Ausschluss» der Versicherten von der Grundversicherung vermieden werden kann. Der Druck auf säumige Versicherte soll jedoch aufrechterhalten werden.

Ansatz II Die staatlichen Prämienverbilligungen sollen künftig nicht mehr an die Anspruchsberechtigten, sondern direkt an die Krankenversicherer ausbezahlt werden. Eine anderweitige Verwendung der Mittel ist so nicht mehr möglich.