



Vorlage an den Landrat des Kantons Basel-Landschaft

Titel: Teilrevision des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)

Datum: 17. Mai 2011

Nummer: 2011-148

Bemerkungen: [Verlauf dieses Geschäfts](#)

Links:

- [Übersicht Geschäfte des Landrats](#)
- [Hinweise und Erklärungen zu den Geschäften des Landrats](#)
- [Landrat / Parlament des Kantons Basel-Landschaft](#)
- [Homepage des Kantons Basel-Landschaft](#)



2011/148

Kanton Basel-Landschaft

Regierungsrat

Vorlage an den Landrat

Vom 17. Mai 2011

**Teilrevision des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über
die Krankenversicherung (EG KVG)**
(Nr. 2.01.17 des Jahresprogramms 2011 des Regierungsrates)

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Ausgangslage	4
2.1	Gründe für die KVG-Revision.....	4
2.2	Handlungsbedarf für den Kanton	6
2.3	Beurteilung der KVG-Revision	9
2.4	Vorgehen zur Umsetzung der KVG-Revision.....	11
2.5	Zielsetzung	12
3	Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens	12
3.1	Generelle Aufnahme der Vernehmlassungsvorlage.....	12
3.2	§ 6 Zahlungsverzug der Versicherten	14
3.2.1	§ 6 Absatz 1	14
3.3	§ 6 c Zuständige kantonale Behörde und Revisionsstelle.....	15
3.4	§ 6d Absatz 1	15
3.5	§ 8 2 ^{bis}	16
3.6	§ 11 Absatz 1	16
3.7	§ 13a	17
3.8	§ 17b Übergangsbestimmung betreffend Wegkauf des Leistungsaufschubs bei unterstützten Personen	17
4	Erläuterungen des Entwurfes der Teilrevision des EG KVG	18
4.1	§ 6: Zahlungsverzug der Versicherten	18
4.2	§ 6a: Leistungsaufschub	19
4.3	§ 6b: Wegkauf des Leistungsaufschubes bei unterstützten Personen.....	19
4.4	§ 6c neu: Zuständige kantonale Behörde und Revisionsstelle.....	19
4.5	§ 6d neu: Verlustscheine.....	19
4.6	§ 8 Abs. 2 ^{bis} neu: Höhe der ausbezahlten Prämienverbilligung	20
4.7	§ 11: Ausrichtung der Prämienverbilligung.....	20
4.8	§ 11a: Anspruchsübergang	21
4.9	§ 12a: Prämienverbilligungsaufschub	21
4.10	§ 13a neu: Verrechnung.....	21
4.11	§ 17a	21
4.12	§ 17b neu: Übergangsbestimmung betreffend Wegkauf des Leistungsaufschubes bei unterstützten Personen	21
4.13	Umgang mit altrechtlichen Leistungsaufschüben.....	21
5	Finanzielle und personelle Auswirkungen	22
6	Regulierungsfolgeabschätzung	24
7	Antrag	24

1 Zusammenfassung

National- und Ständerat haben am 19. März 2010 eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)¹ beschlossen. Die Bundesparlamentarier haben die Kantone verpflichtet, künftig pauschal 85 % aller unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen der säumigen Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen für die nach der erfolglosen Betreuung ein Verlustschein ausgestellt wird. In Zukunft müssen auch alle Kantone die Prämienverbilligungen an die Krankenversicherer auszahlen. Die Krankenversicherer verzichten im Gegenzug grundsätzlich auf den Leistungsaufschub.

Der Kanton Basel-Landschaft erfüllt diese neuen Bundesvorschriften nicht. Die Prämienverbilligungen werden an die Versicherten ausgezahlt und es werden ausschliesslich Verlustscheine von Versicherten übernommen, die neu zur Sozialhilfe kommen. Der Regierungsrat beantragt dem Landrat mit dieser Vorlage die zwingend erforderliche Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)².

Die Übernahme der Zahlungsausstände in der obligatorischen Krankenversicherung ist eine neue gebundene Aufgabe der Kantone. Sie müssen eine Behörde und eine Revisionsstelle mit dem Vollzug beauftragen. Die kantonale Behörde nimmt die Forderungen der Krankenversicherer entgegen und bezahlt den Anteil von 85 %, sobald die Revisionsstelle die Richtigkeit der Forderungen bestätigt hat. Es ist Sache des Regierungsrats, die kantonale Behörde und die Revisionsstelle zu bezeichnen. Er kann abschliessend darüber entscheiden, sobald der Bundesrat die entsprechenden Verordnungsänderungen beschlossen hat³.

Die Krankenversicherer müssen wie bisher alle Versicherten betreiben, die ihre Prämienrechnungen und Kostenbeteiligungen nicht bezahlen. Nach erfolgloser Betreuung müssen sie die Verlustscheine so lange aufbewahren, bis die ausstehenden Forderungen bezahlt werden. Falls Versicherte ihre Schulden beim Versicherer ganz oder teilweise begleichen, müssen diese die Hälfte des Geldes an den Kanton zurückzahlen. Ohne aktives Inkasso der Versicherer erhält der Kanton folglich kein Geld zurück. Der Gesetzesentwurf sieht deshalb vor, dass sich der Kanton von den Krankenversicherern Verlustscheine abtreten lassen kann. Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten. Die Bedingungen und der Preis für die Abtretung der Verlustscheine müssen zuerst mit den Krankenversicherern ausgehandelt und vertraglich vereinbart werden.

Die bestehenden Präventionsmöglichkeiten der Sozialhilfebehörden werden beibehalten. Die Versicherer müssen die Schuldnerinnen und Schuldner, die wegen unbezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrieben werden, neu dem kantonalen Sozialamt melden. Dieses informiert die kommunale Sozialhilfebehörde, welche die gemeldeten Versicherten wie bisher berät. Das Ziel ist die Verhinderung der Verschuldung.

Manche Versicherte bezahlen die Krankenkassenprämien nicht, obwohl sie Prämienverbilligung erhalten. Deshalb müssen künftig alle Kantone die Beitragszahlungen an die Versicherer überweisen. Die geänderten Auszahlungsmodalitäten haben keinen Einfluss auf den Anspruch der Versicherten. Der ausgezahlte Beitrag darf aber nicht grösser sein als die effektive Prämie. Das An-

¹ SR 832.10; Bundesblatt 2010, Seiten 2009-2012

² SGS 362

³ Betroffen sind Art. 105a ff. und 106a ff. der Bundesverordnung über die Krankenversicherung (KVV) sowie Art. 22 und 54a der Ergänzungsleistungsverordnung. Für beide Verordnungsentwürfe wird eine Anhörung durchgeführt, die bis am 9. April 2011 gedauert hat. Der Bundesrat sieht vor, diese Verordnungsänderungen gleichzeitig mit der KVG-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen.

tragssystem wird weitergeführt. Den Versicherten wird wie bisher automatisch das Antragsformular zugestellt, sobald die Steuern veranlagt sind. Sie müssen es unterschrieben der Ausgleichskasse schicken. Der Beitrag wird neu ihrem Versicherer überwiesen. Dieser zieht den Beitrag von der Prämienrechnung ab und informiert die Versicherten. Pro versicherte Person und Monat gibt der Versicherer die Prämienverbilligung auf der Prämienrechnung an.

Die pauschale Übernahme des Anteils von 85 % aller Verlustscheine wird jährlich schätzungsweise 18 Millionen Franken Ausgaben beim Kanton zur Folge haben. Darin enthalten ist der bisher für den Wegkauf verwendete Betrag von 1 Million Franken pro Jahr. Der Mehraufwand des Kantons beläuft sich nach Abzug dieses Betrags auf 17 Millionen Franken pro Jahr. Die bisher von Personen mit einem Leistungsaufschub verursachten Kosten durch Notfallaufnahmen in den öffentlichen Spitälern des Kantons Basel-Landschaft, die den Spitälern als unbezahlte Rechnungen in der Höhe von 1-1.5 Millionen Franken bleiben, entfallen ebenfalls. Somit resultiert beim Kanton ein jährlicher Mehraufwand von 15.5 Millionen Franken.

Die jährlichen Kosten für den laufenden Vollzug der Prämienverbilligung durch die Ausgleichskasse steigen wegen der Auszahlung an die Krankenversicherer um 300'000 Franken an. Der Einmalaufwand der Ausgleichskasse für die Umstellung auf die Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer beträgt 320'000 Franken. Der Aufwand für die zuständige kantonale Behörde beläuft sich auf schätzungsweise 40'000 Franken pro Jahr (Auszahlung der von der Revisionsstelle bestätigten Forderungen der Krankenversicherer, Bewirtschaftung der Vereinbarungen für die Abtretung der Verlustscheine mit den Versicherern). Für die Revisionsstelle fallen gemäss § 105h Abs. 3 des Entwurfs der Bundesverordnung über die Krankenversicherung keine Kosten an, wenn der Kanton akzeptiert, dass die externe Revisionsstelle des Versicherers die Richtigkeit der Forderungen bestätigt. Die Kosten für die kantonale Behörde und die Revisionsstelle können trotzdem erst definitiv beziffert werden, nachdem der Bundesrat die Verordnungsänderungen beschlossen hat. Beim Kantonalen Sozialamt ist mit einem jährlichen Aufwand von ca. 40'000 Franken zu rechnen für die Bewirtschaftung der Meldungen der Versicherten, die betrieben werden und für die Information der kommunalen Sozialhilfebehörden über diese Versicherten.

2 Ausgangslage

2.1 Gründe für die KVG-Revision

Die KVG-Revision wurde beschlossen, weil die heute geltende Regelung des Zahlungsverzugs und des Leistungsaufschubs in der obligatorischen Krankenversicherung seit Jahren immer grössere Probleme verursacht. Bisher wurde trotz wiederholten Anläufen keine zufriedenstellende Lösung gefunden; im Gegenteil. Mit der KVG-Revision, die Anfang 2006 in Kraft gesetzt wurde, hat das Bundesparlament die Probleme sogar noch verschärft. Der Grund dafür ist, dass die Krankenversicherer seither ihre Leistungen bereits im laufenden Betreibungsverfahren aufschieben müssen, sobald sie gegen einen Versicherten, der seine Krankenkassenprämien nicht bezahlt, das Fortsetzungsbegehren stellen.

Diese Regelung wurde auf Druck der Krankenversicherer eingeführt. Vorher konnten sie ihre Leistungen zwar aufschieben, mussten aber nicht. Für den Leistungsaufschub mussten sie den Abschluss der Betreuung und den Verlustschein abwarten. Der Verlustschein gilt als Schuldanerkennung und bescheinigt, in welchem Umfang der Versicherer in der Zwangsvollstreckung nicht befriedigt wurde. Er bestätigt gleichzeitig die (momentane) Zahlungsunfähigkeit des Versicherten. Die beurkundete Forderung verjährt gegenüber dem Schuldner 20 Jahre nach der Ausstellung des

Verlustscheins. In dieser Zeit kann der Krankenversicherer eine neue Betreuung einleiten, um doch noch zu seinem Geld zu kommen.

Sobald der Leistungsaufschub verfügt ist, übernehmen die Krankenversicherer die Kosten von medizinischen Behandlungen und Medikamenten der betroffenen Versicherten nicht mehr. Für Ärzte, Spitäler und Apotheken bedeutet das, dass ihre Leistungen nicht mehr vom Krankenversicherer bezahlt werden. Der Leistungsaufschub bleibt bestehen, bis die Prämien schulden ganz abbezahlt sind. Erst dann begleichen die Krankenversicherer die offenen Arzt-, Spital- und Medikamentenrechnungen für medizinische Leistungen, die während des Leistungsaufschubs erbracht wurden. Die Versicherten dürfen während des Leistungsaufschubs auch zu keiner anderen Krankenkasse wechseln.

Trotz Betreuung und Leistungsaufschub zahlen immer mehr Versicherte ihre Krankenkassenprämien nicht. Im Jahr 2009 registrierte der Branchenverband der Krankenversicherer Santésuisse 400'000 Betreibungen. In 150'000 Fällen sei ein Leistungsaufschub verfügt worden. Dies würde bedeuten, dass heute 2 % der Bevölkerung faktisch ohne Versicherungsschutz dastünden.

Der Leistungsaufschub hat einschneidende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung der säumigen Versicherten. Sie müssen damit rechnen, dass sie von Leistungserbringern abgewiesen werden, weil diese nicht riskieren wollen, dass ihre Behandlungskosten nicht übernommen werden. Oft verlangen sie von solchen Patientinnen und Patienten, dass sie medizinische Leistungen oder Medikamente im Voraus bezahlen. Vor diese Entscheidung gestellt, verzichten die Patientinnen und Patienten häufig auf ärztliche Betreuung oder Medikamente und gehen gesundheitliche Risiken, ein oder sie zahlen im Voraus und verschulden sich zusätzlich.

Ein Leistungsaufschub führt dazu, dass sich betroffene Versicherte vor allem in den Notfallstationen der Spitäler behandeln lassen. Dort müssen notwendige medizinische Leistungen für alle Patientinnen und Patienten erbracht werden, weshalb die Zahl der unbezahlten Spitalrechnungen seit Jahren ständig steigt. Bei den Spitälern stehen schweizweit gegenwärtig Rechnungen im Umfang von 80 Millionen Franken offen, Tendenz steigend. Im Kanton Basel-Landschaft schrieben alleine die öffentlichen Spitäler jährlich unbezahlte Rechnungen in der Höhe von rund 1-1.5 Millionen Franken ab. Gesamtschweizerische Zahlen der Ärzteschaft sind nicht erhoben, dürften aber auch sehr hoch liegen. Im Kanton Basel-Landschaft bleiben laut Angaben der kantonalen Ärztesgesellschaft jährlich schätzungsweise Arztrechnungen in der Höhe von 2 bis 5 Millionen Franken unbezahlt.

Den Krankenversicherern wiederum fehlten wegen des Zahlungsverzugs Ende 2009 rekordhohe 762 Millionen Franken oder 3,8 % der Prämieinnahmen in der obligatorischen Grundversicherung. Ein Jahr vorher hatte der Fehlbetrag laut Santésuisse noch 718 Millionen Franken betragen. Dazu kommen wachsende Inkassokosten und Debitorenverluste in unbekannter Höhe. Niemand kann oder will sagen, wie gross der finanzielle Schaden der Krankenversicherer tatsächlich ist. Offenbar verfügen weder Santésuisse noch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) über gesicherte Zahlen. Die Krankenversicherer geben aus "Konkurrenzgründen" keine Auskunft. Es ist auch nicht bekannt, wie gross die Ausfälle sind, die von den Versicherten verursacht werden, die ihre Krankenkassenprämien nicht zahlen, obwohl ihnen der Kanton eine Prämienverbilligung überweist.

Kantone und Gemeinden sind bisher nicht dazu verpflichtet, für unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen von Versicherten in der obligatorischen Krankenversicherung aufzukommen. Trotzdem löst schon heute ein Teil der Kantone, z.B. Zürich, Bern und Luzern, die Verlustscheine für

alle Versicherten ab, um den Leistungsaufschub für die ganze Kantonsbevölkerung aufzuheben. Andere Kantone haben mit den Versicherern Vereinbarungen abgeschlossen, wonach auf den Leistungsaufschub verzichtet wird, wenn der Kanton die Zahlung garantiert. Auch in diesen Kantonen steigen die Kosten ständig an, weil trotzdem immer mehr Versicherte ihre Prämien nicht zahlen. Der Kanton Basel-Landschaft wiederum übernimmt ausschliesslich die Verlustscheine von sozialhilferechtlich Unterstützten, die nach der Einführung des vorgezogenen Leistungsaufschubs am 1. Januar 2006 in die Sozialhilfe eingetreten sind. Sie gelten als zahlungsunfähig und sollen trotzdem ungehinderten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.

Zur Lösung der skizzierten Probleme mit dem Zahlungsverzug und dem Leistungsaufschub hat das Bundesparlament also im März 2010 die vorliegende KVG-Revision beschlossen. Nachfolgend wird auf die Grundzüge dieser Revision, den gesetzlichen Handlungsbedarf für den Kanton und die Umsetzung der neuen Bundesregelung eingegangen.

2.2 Handlungsbedarf für den Kanton

Die KVG-Änderungen betreffen die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen und die Prämienverbilligung:

- Art. 64a KVG: Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen (Nachfolgeregelung zum geltenden Leistungsaufschub)
- Art. 65 KVG: Auszahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer und Datenaustausch nach einem einheitlichen Standard
- Art. 21a Ergänzungsleistungsgesetz (ELG): Auszahlung der Prämienverbilligung für EL-Bezügerinnen und -Bezüger an die Krankenversicherer. In Art. 21a des Ergänzungsleistungsgesetzes (ELG) ist festgehalten, dass der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 10 Abs. 3 Bst. d ELG in Abweichung von Artikel 20ATSG direkt dem Krankenversicherer ausbezahlen ist. In Abweichung von Art. 21a ELG erfolgen Nachzahlungen von Prämienverbilligungen in der obligatorischen Krankenversicherung direkt an die anspruchsberechtigten Personen (neuer Art. 22 Abs. 6 ELV). Liegt für die rückwirkende Zeitspanne eine Abtretung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV an die Sozialhilfebehörde vor, dann erfolgt die Überweisung der Nachzahlungen (der Durchschnittsprämie KVG) ebenfalls an die Sozialhilfebehörde.

Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, muss ihr der Versicherer nach mindestens einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zustellen, ihr eine Nachfrist von dreissig Tagen einräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinweisen (**Art. 64a Abs. 1 KVG**).

Bezahlt die versicherte Person trotzdem die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreibung einleiten (**Art. 64a Abs. 2 KVG**). Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die betriebenen Schuldnerinnen und Schuldner bekannt gibt.

Von dieser Möglichkeit wird Gebrauch gemacht, um die bestehenden Präventionsmöglichkeiten der Sozialhilfebehörden bei den Gemeinden beizubehalten. Bisher mussten die Krankenversicherer die Betriebenen den kommunalen Sozialhilfebehörden melden. **§ 6 EG KVG** schreibt neu vor, dass die Versicherer unverzüglich und unaufgefordert dem Kantonalen Sozialamt die Schuldnerinnen und Schuldner melden, die wegen unbezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen in der obli-

gatorischen Krankenpflegeversicherung betrieben werden. Das Sozialamt informiert die Sozialhilfebehörde. Diese berät wie bisher die betriebenen Personen, schickt sie zur Schuldenberatung und unterstützt sie bei Bedürftigkeit gemäss der Sozialhilfegesetzgebung.

Gemäss **Art. 64a Abs. 3 KVG** gibt der Versicherer einer zuständigen kantonalen Behörde pro betroffenen Versicherten den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreuungskosten) bekannt, die zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit dieser Daten zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton.

Mit dem neuen **§ 6c EG KVG** wird der Regierungsrat beauftragt, die zuständige kantonale Behörde und die Revisionsstelle zu bezeichnen. Die zuständige kantonale Behörde hat die Aufgabe, 85 % der Forderungen gemäss Meldung der Krankenversicherer zu zahlen und die Abtretung der Verlustscheine zu regeln und zu vollziehen. Die Forderungen werden bezahlt, sobald die Revisionsstelle die Richtigkeit der angemeldeten Forderungen bestätigt und der Versicherer die Bestätigung der kantonalen Behörde zugestellt hat.

Der Bundesrat legt die Aufgaben der Revisionsstelle fest und bezeichnet die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel (**Art. 64a Abs. 8 KVG**). Er regelt die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens, der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer. Zu diesen Verordnungsbestimmungen des Bundesrats hat das Eidgenössische Departement des Innern am 9. März 2011 eine Anhörung eröffnet, die am 9. April 2011 endete. Erst wenn das Ergebnis dieser Anhörung bekannt wird und nachdem die definitiven Verordnungsbestimmungen vom Bundesrat beschlossen sind, kann der Regierungsrat die für diese Aufgaben geeignete kantonale Behörde und die Revisionsstelle bezeichnen und den Vollzug regeln.

Die Versicherer bewahren die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf (**Art. 64a Abs. 5 KVG**). Sie können die Verlustscheine aktiv bewirtschaften, müssen aber nicht. Wenn die versicherte Person ihre Schuld beim Versicherer vollständig oder teilweise beglichen hat, muss der Versicherer 50 % des erhaltenen Betrages an den Kanton zurückzahlen.

Vermutlich werden die Krankenversicherer wenig für das Inkasso der Verlustscheine tun. Sie können ohne grossen Aufwand 85 % der offenen Rechnungen von den Kantonen verlangen und müssen die Einnahmen allfälliger Inkassobemühungen mit den Kantonen teilen. Unter diesen Voraussetzungen haben die Kantone ein grösseres Interesse daran, die mit den Verlustscheinen belegten Forderungen durchzusetzen als die Krankenversicherer. Deshalb wird dem Kanton mit dem neuen **§ 6d EG KVG** die Möglichkeit gegeben, Verlustscheine von den Krankenversicherern zu übernehmen. Die Bedingungen und der Preis für die Abtretung müssen mit den Krankenversicherern ausgehandelt und vertraglich vereinbart werden. Das Inkasso der abgetretenen Verlustscheine wird von der zuständigen kantonalen Behörde mittels Leistungsvereinbarung der zentralen Verlustscheinbewirtschaftung des Kantons übertragen.

Die säumige versicherte Person kann den Versicherer nicht wechseln, solange sie die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat (**Art. 64a Abs. 6 KVG**). Die Versicherten bleiben folglich solange an den gleichen Versicherer gebunden, bis sie selbst ihre Schulden abbezahlt haben.

Gemäss **§ 64a Abs.7 KVG** können die Kantone versicherte Personen, die ihrer Zahlungspflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, die nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen weiterhin auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

Mit dieser Bestimmung hat das Bundesparlament den Grundsatz der KVG-Revision aufgeweicht, dass grundsätzlich auf den Leistungsaufschub verzichtet wird. Die Kantone können das sogenannte Thurgauer Modell einführen. Dort registrieren die Krankenkassen-Kontrollstellen der Gemeinden seit November 2007 die Versicherten, gegen die ein Leistungsaufschub verfügt wurde in einem Datenpool. Die gemeldeten Versicherten werden gleichzeitig über die Registrierung informiert.

Im Rahmen eines Case-Managements beraten die Gemeinden die registrierten Personen. Es wird abgeklärt, ob sie nicht in der Lage sind, ihren Zahlungspflichten nachzukommen oder ob sie zahlungsfähig sind und aus anderen Gründen die Krankenkassenprämien nicht bezahlen. Statt nachträglich einfach für die Verlustscheine aufzukommen, wird das Problem vorher angegangen.

Im Kanton Basel-Landschaft können die Sozialhilfebehörden auch ohne einen solchen Datenpool intervenieren, der den Leistungserbringern und den Gemeinden zugänglich gemacht wird. Die betriebenen Schuldnerinnen und Schuldner sind dem Kantonalen Sozialamt bekannt. Dieses informiert die Sozialhilfebehörden der Gemeinden über die betriebenen Versicherten (vgl. § 6 EG KVG oben), so dass diese beraten werden können.

Im Kanton Thurgau hat sich gezeigt, dass viele auf der Liste registrierte Personen keinen Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben. Gemäss KVG haben Versicherte, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, Anspruch auf eine Verbilligung der Krankenkassenprämie. Es stellt sich somit die Frage, warum diese Versicherten, die definitionsgemäss nicht in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, ihre Krankenkassenprämien trotz Betreuung nicht bezahlen.

Wenn ein Betreibungsverfahren mit der Ausstellung eines Verlustscheins erfolglos endet, kann kaum davon ausgegangen werden, dass es sich um zahlungsunwillige Versicherte handelt. Mit dem Verlustschein wird die (momentane) Zahlungsunfähigkeit amtlich bestätigt.

Dadurch, dass die Thurgauer Leistungserbringer Zugriff auf den Datenpool haben, wird verhindert, dass alle registrierten Versicherten medizinische Wahlbehandlungen zu Lasten der öffentlichen Hand beanspruchen können. Unabhängig davon, ob es sich um zahlungsfähige oder um zahlungsunfähige Versicherte handelt, wird ihr Anspruch auf die medizinische Grundversorgung auf Notfallbehandlungen beschränkt.

Die Kommission Prämienverbilligung ist nach intensiver Prüfung und Abwägung der Vor- und Nachteile des Thurgauer Modells zum Schluss gekommen, dass im Kanton Basel-Landschaft keine solche Liste eingeführt werden soll. Die Thurgauer Lösung ist administrativ sehr aufwändig und funktioniert offenbar auch nicht ganz wunschgemäss. Die Listen sind offenbar nicht immer auf dem aktuellsten Stand. Manche Versicherte werden nicht gelöscht, obwohl sie ihre Prämien schulden nachgezahlt haben. Der Grund dafür ist, dass nicht alle Krankenversicherer in jedem Fall bereit sind, den kommunalen Krankenkassen-Kontrollstellen die Aufhebung des Leistungsaufschubs zu melden. Der Datenpool wirft darüber hinaus datenschutzrechtliche Fragen auf. Jeder Leistungserbringer hat faktisch Zugriff auf alle registrierten Versicherten, auch auf solche, die er nicht selber behandelt.

Offenbar nimmt wegen dem Datenpool auch der Patiententourismus zu. Immer mehr Thurgauer lassen sich in Nachbarkantonen medizinisch betreuen, wenn sie registriert sind. Die offenen For-

derungen werden auf die Leistungserbringer in diesen Kantonen überwältigt. Der Patiententourismus könnte nur unterbunden werden, wenn ein gesamtschweizerischer Datenpool eingerichtet würde. Im Kanton Basel-Landschaft würde der Datenpool namentlich dazu führen, dass die registrierten Baselbieter sich vermehrt im nahe gelegenen Kanton Basel-Stadt medizinisch betreuen liessen.

Ob der Nutzen des Thurgauer Modells den Aufwand übersteigt, kann nicht mit Sicherheit beurteilt werden. Es ist unklar, wie hoch der Anteil der zahlungsfähigen Versicherten ist, der die Prämien-schulden wegen den negativen Konsequenzen der Registrierung im Datenpool zahlt. Deshalb und wegen den anderen erwähnten Nachteilen ist der Regierungsrat zum Schluss gekommen, auf die Einführung des Thurgauer Modells zu verzichten.

Laut **Art. 65 Abs. 1 KVG** müssen die Kantone den Beitrag für die Prämienverbilligung neu direkt an die Versicherer bezahlen, bei denen die Bezügerinnen und Bezüger versichert sind. Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern erfolgt nach einem einheitlichen Standard (**Art. 65 Abs. 2 KVG**). Der Bundesrat regelt die Einzelheiten auf Verordnungsebene nach der laufenden Anhörung der Kantone und der Versicherer. Der Kanton meldet dem Versicherer die Versicherten, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, und die Höhe der Verbilligung so früh, dass der Versicherer die Prämienverbilligung bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann (**Art. 65 Abs. 4bis KVG**). Der Versicherer informiert die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die tatsächliche Prämienverbilligung. Die Versicherer sind verpflichtet, bei der Prämienverbilligung über die Bestimmungen betreffend die Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 82 KVG hinaus mitzuwirken.

§ 11 Abs.1 EG KVG bestimmt neu, dass die Prämienverbilligung an die Krankenversicherer ausgerichtet wird, und nicht mehr an die Versicherten. Dies hat keinen Einfluss auf die Höhe des Anspruchs der Versicherten. Ihr Anspruch bleibt gleich. Das Antragssystem wird weitergeführt. Die Ausgleichskasse schickt ihnen das Antragsformular, sobald die Steuern veranlagt sind. Die Versicherten senden das unterzeichnete Formular der Ausgleichskasse zurück. Diese bezahlt den Beitrag neu an die Versicherer aus. Die Versicherer informieren die Versicherten und ziehen den Beitrag von den Prämienrechnungen ab. Pro versicherte Person und Monat gibt der Versicherer die Prämienverbilligung auf der Prämienrechnung an.

Es muss verhindert werden, dass den Krankenversicherern eine Prämienverbilligung ausgezahlt wird, die grösser ist als die effektive Prämie einer versicherten Person. Solche Situationen sind vom Gesetzeszweck nicht gedeckt. Deshalb wird mit dem neuen **§ 8 Abs. 2bis EG KVG** der maximal ausbezahlte Betrag auf die tatsächlich vom Versicherten bezahlte Prämie limitiert. Diese soll der Ausgleichskasse von den Versicherern für alle Bezugsberechtigten gemeldet werden. Rückforderungen von zu Unrecht bezogenen Leistungen können mit fälligen Prämienverbilligungen verrechnet werden (**neuer § 13a EG KVG**).

2.3 Beurteilung der KVG-Revision

Die Aufhebung des Leistungsaufschubs in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung löst die Probleme der meisten Beteiligten. Bei den zahlungsunfähigen Versicherten werden Härtefälle vermieden. Versicherte, die dauernd oder vorübergehend zahlungsunfähig sind, verlieren deshalb den Versicherungsschutz nicht mehr. Ihre Arzt-, Spital- und Medikamentenrechnungen werden trotzdem bezahlt.

Bei den Empfängerinnen und Empfängern von Sozialhilfeleistungen und den Bezügerinnen und Bezügern von Ergänzungsleistungen gibt es heute nur vereinzelt Härtefälle. Den EL-Bezügerinnen und -Bezügern wird mit den Prämienverbilligungen die kantonale Durchschnittsprämie finanziert.

Den sozialhilferechtlich unterstützten Personen bezahlt die kommunale Sozialhilfebehörde die Differenz zwischen der effektiven Prämie und der Prämienverbilligung. Diese wird der Sozialhilfebehörde ausgerichtet. Deshalb musste bei beiden Personengruppen im Kanton Basel-Landschaft bisher nur in Ausnahmefällen ein Leistungsaufschub verhängt werden.

Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei allen anderen Versicherten, die mit einem Leistungsaufschub belegt sind, um zahlungsfähige Personen handelt, die aus anderen Gründen ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen. Die markante Zunahme der Zahl erfolgloser Betreibungen, die mit der Ausstellung eines Verlustscheins enden, ist eher als Zeichen dafür zu werten, dass mehr und mehr Personen zahlungsunfähig werden und sich überschulden. Erfahrungsgemäss zahlen Personen mit Zahlungsschwierigkeiten die Steuerrechnungen und die Krankenkassenprämien zuletzt oder überhaupt nicht mehr.

Niemand weiss, wieviele Personen ihre Prämien und Selbstbehalte zwar bezahlen könnten, es aber aus fehlendem Zahlungswillen oder weil sie über ihre Verhältnisse leben, nicht tun. Ihnen wird mit der KVG-Revision signalisiert, dass ihr Verhalten keine Konsequenzen hat. Ihre Arzt-, Spital- und Medikamentenrechnungen werden trotzdem bezahlt. Ob die Zahlungsmoral dieser Versicherten dadurch verbessert wird, dass der Staat für ihre Schulden in der obligatorischen Krankenversicherung einspringt, ist fraglich. Bei diesen Versicherten, die (bewusst) einen Verlustschein in Kauf nehmen, ist auch kaum anzunehmen, dass ihre Zahlungsmoral durch die Registrierung auf einer „schwarzen“ Liste und die damit verbundene Einschränkung des Versicherungsanspruchs auf Notfallbehandlungen verbessert würde.

Anders verhält es sich bei den Versicherten mit ungenügendem Einkommen, das knapp über den Einkommensgrenzen liegt, die zum Bezug von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (z.B. Ergänzungsleistungen zu AHV und IV oder Prämienverbilligungen) oder von Sozialhilfeleistungen berechtigen. Bei diesen Versicherten muss davon ausgegangen werden, dass sie zumindest momentan, vermutlich aber eher dauerhaft zahlungsunfähig sind. Bei ihnen werden mit der KVG-Revision Härtefälle vermieden.

Die KVG-Revision löst die Probleme des Zahlungsverzugs für einen Teil der Leistungserbringer. Wer seine Leistungen mit dem System des Tiers payant abrechnet, bleibt nicht mehr auf offenen Rechnungen sitzen. Diesen Leistungserbringern schuldet der Versicherer (Tiers) das Honorar und bezahlt es ihnen direkt. Das System kommt vorwiegend in Spitälern, Pflegeheimen, im Spitex-Bereich und teilweise auch bei der Medikamentenabgabe zur Anwendung.

Anders präsentiert sich die Lage für Leistungserbringer, die mit dem Tiers garant abrechnen. Bei diesem System werden die Behandlungskosten dem Versicherten vergütet, und nicht dem Leistungserbringer. Trotz KVG-Revision bleibt für diese Leistungserbringer das Risiko bestehen, dass Versicherte mit Zahlungsschwierigkeiten die Vergütung der Krankenversicherer für einen anderen Zweck ausgeben als für das Bezahlen der Arztrechnung.

Der Tiers garant wird von der Ärzteschaft bevorzugt. Ärzte mit eigener Praxis und andere Leistungserbringer, die so abrechnen, riskieren also wie bisher, dass ihre Rechnungen nicht beglichen werden. Dieses Problem können sie durch den Abschluss von Abtretungsvereinbarungen mit ihren Patientinnen und Patienten selber lösen, wonach dem Leistungserbringer das geschuldete Honorar vergütet wird und nicht mehr dem Versicherten.

Die Krankenversicherer profitieren ebenfalls von der KVG-Revision. Ihre Debitorenverluste reduzieren sich auf maximal 15 % der offenen Forderungen. Die Rechnung zahlen die Kantone, die bisher nicht alle Verlustscheine in der obligatorischen Krankenversicherung übernommen haben. Diese Kantone müssen neu in jedem Fall für 85 % der Zahlungsausstände aufkommen, auch für solche von zahlungsfähigen Versicherten, die trotzdem nicht zahlen.

Vermutlich werden die Krankenversicherer auch wenig für das Inkasso der Verlustscheine tun. Sie können ohne grossen Aufwand 85 % der offenen Rechnungen von den Kantonen verlangen. Aus Sicht der Kantone ist es deshalb störend, dass die Krankenversicherer nicht dazu verpflichtet wurden, die Verlustscheine abzutreten. Die Kantone müssen also zwingend 85% der offenen Forderungen der Krankenversicherer übernehmen, aber die Versicherer können die Verlustscheine trotzdem behalten. Sie müssen diese nicht an die Kantone abtreten. Wird ein Verlustschein nicht abgetreten, kann der Kanton die offenen Forderungen beim Versicherten nicht einfordern, obwohl er den Grossteil derselben bezahlen muss. Die Versicherer müssen zwar die Einnahmen ihrer allfälligen Inkassobemühungen mit den Kantonen teilen. Unter diesen Voraussetzungen haben die Kantone aber trotzdem ein grösseres Interesse daran, die mit den Verlustscheinen belegten Forderungen durchzusetzen als die Krankenversicherer. Es ist deshalb folgerichtig, gesetzlich zu verankern, dass sich der Kanton Verlustscheine von den Krankenversicherern abtreten lassen kann, um sie selber zu bewirtschaften. Der Regierungsrat strebt eine Pauschallösung für die Abtretung der Verlustscheine an. Die pauschalen Bedingungen für die Abtretung müssen mit Santéuisse oder mit den Krankenversicherern vereinbart werden.

2.4 Vorgehen zur Umsetzung der KVG-Revision

Der Regierungsrat hat am 20. April 2010 die verwaltungsinterne Kommission Prämienverbilligung mit der Anpassung der kantonalen Rechtsgrundlagen an die KVG-Revision beauftragt. Die Kommission besteht seit 1999. Es sind alle an der Prämienverbilligung beteiligten kantonalen Stellen vertreten. Die Kommission gewährleistet ein koordiniertes Vorgehen und bündelt das erforderliche Wissen. Sie setzt sich wie folgt zusammen:

- Lothar Niggli, Stv. Leiter Abteilung Finanz- und Volkswirtschaft, Generalsekretariat Finanz- und Kirchendirektion (Vorsitz)
- Kurt Häcki, Stv. Leiter Ausgleichskasse Basel-Landschaft
- Max Häfelfinger, Leiter Ergänzungsleistungen, Ausgleichskasse Basel-Landschaft
- Urs Knecht, Rechtsdienst der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, Bereich Gesundheitswesen (Gesetzesausarbeitung)
- Cornelia Lentner, Leiterin Rechtsdienst, Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft
- René Merz, Abteilungsleiter Volkswirtschaft und Stv. Generalsekretär, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion
- Rudolf Schaffner, Vorsteher Kantonales Sozialamt, Finanz- und Kirchendirektion
- Hans-Jörg Schäublin, Bereichsleiter Logistik und Leiter Projektentwicklung, Steuerverwaltung
- Daniel Schwörer, Leiter der Stabsstelle Gemeinden, Generalsekretariat Finanz- und Kirchendirektion
- Hans Tanner, Leiter Individuelle Prämienverbilligung KVG, Ausgleichskasse Basel-Landschaft

Die Kommission ist bisher zu 6 Sitzungen zusammengetreten und hat die vorliegende Gesetzesänderung einstimmig verabschiedet. Zur Klärung betriebsrechtlicher Fragen wurde Andreas Rebsamen, Leiter Bereich Zivilrecht bei der Sicherheitsdirektion, beigezogen. Peter Nefzger, Vor-

steher der Steuerverwaltung, hat Fragen im Zusammenhang mit der Verlustscheinbewirtschaftung beantwortet.

Die Arbeit der Kommission geht weiter. Sie wird dem Regierungsrat gestützt auf die vorliegenden gesetzlichen Rahmenbestimmungen und die Bundesverordnungen zur KVG-Revision die kantonalen Vollzugsregelungen rechtzeitig vor Inkrafttreten der KVG-Revision am 1. Januar 2012 zum Beschluss unterbreiten. Das Ziel ist es, den Vollzug der neuen KVG-Bestimmungen über den Zahlungsverzug und die Auszahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer innert 2 Jahren nach dem Inkrafttreten der KVG-Revision umzustellen. Solange die technische Verordnung über den Datenaustausch mit den Krankenversicherern nicht vorliegt und von den Krankenversicherern nicht umgesetzt werden kann, ist eine raschere Umstellung des Vollzugs kaum möglich.

2.5 Zielsetzung

Das Ziel der Umsetzung der neuen Bundesbestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen besteht darin, termingerecht einen wirtschaftlichen Vollzug der damit verbundenen Aufgaben einzurichten. Für die Durchführung der damit verbundenen Aufgaben (Entgegennahme und Prüfung der Forderungen der Versicherer, Zahlung der Forderungen, etc.) bezeichnet der Regierungsrat eine kantonale Behörde und eine Revisionsstelle. Diese neuen Aufgaben sollen den Stellen übertragen werden, die dafür am besten geeignet sind.

Das Ziel der Umsetzung der neuen Bundesbestimmungen über die Prämienverbilligung besteht darin, das System kostengünstig auf die Direktzahlung an die Versicherer umzustellen und die Wirtschaftlichkeit des Vollzugs weiterhin zu gewährleisten. Das System soll ebenso effizient und kundenfreundlich sein wie bisher. Die Bezugsberechtigten sollen rechtzeitig darüber informiert werden, dass die Beiträge neu an die Krankenversicherer bezahlt werden.

3 Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens

Die Vernehmlassung dauerte vom 22. Dezember 2010 bis am 31. März 2011. Dazu eingeladen waren die politischen Parteien, der Verband Basellandschaftlicher Gemeinden (VBLG), die Gemeinderäte, der Verband für Sozialhilfe Basel-Landschaft (VSO), die kommunalen Sozialhilfebehörden, die Koordination Sozialarbeit politischer Gemeinden Baselland (KOSA), die Fachstelle für Schuldenfragen BL, die kantonalen Spitalbetriebe, die Ärztesgesellschaft Basel-Landschaft, Santé-suisse, der Ombudsman und die Fachstelle für Gleichstellung.

3.1 Generelle Aufnahme der Vernehmlassungsvorlage

Die Vernehmlassungsteilnehmer haben die KVG-Revision kritisch beurteilt. Diese stellt die Kantone vor vollendete Tatsachen und muss zwingend umgesetzt werden. Der vorgeschlagenen Umsetzung stimmen die Vernehmlassungsteilnehmer grundsätzlich zu, und die Teilrevision des EG KVG wird als nachvollziehbare Notwendigkeit des Vollzugs der neuen Bundesvorschriften auf kantonomer Ebene eingestuft, trotz jährlichen Mehraufwand von über 15 Millionen Franken für den Kanton. Aufgrund der Vernehmlassungsantworten wurde der Gesetzesentwurf in mehreren Punkten geändert, auf die weiter unten eingegangen wird (vgl. Kapitel 3.2 ff.).

Aus Sicht der Vernehmlassungsteilnehmer hat die KVG-Revision generell zwei wesentliche Vorteile. Erstens wird sichergestellt, dass die ganze Bevölkerung medizinisch adäquat versorgt wird, was aus volkswirtschaftlicher Sicht sinnvoll ist (CVP). Auch aus gesundheitspolitischer Sicht ist es sinnvoll und wichtig, dass der Kanton der Bevölkerung uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet (EVP).

Zweitens wird das Problem der ambulanten, nicht bezahlten Notfälle in den Spitälern gelöst (CVP). Als stationäre und ambulante Leistungserbringer sind die kantonalen Krankenhäuser schon seit Jahren von der heute im KVG vorgesehenen Möglichkeit der Leistungssistierung der Kassen bei Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen der Versicherten stark betroffen. Die entsprechenden Debitorenausstände sind in der letzten Dekade schweizweit, aber auch in den Baselbieter Spitalbetrieben stark angestiegen. Deshalb, aber auch mit Blick auf den schleichenden Abbau der Versicherungsdeckung eines zunehmenden Anteils der Kantonsbevölkerung durch die verfügbaren Leistungssistierungen wird der künftige gesetzliche Verzicht auf diese Massnahme von der Koordinationskonferenz der Kantonalen Krankenhäuser Basel-Landschaft ausdrücklich begrüsst. Es wird darin eine aus finanziellen Gründen dringend notwendige und gesundheitspolitisch wichtige Korrektur eines erheblichen Mangels des KVG erkannt.

Von der Neuregelung profitiert auch die Fachstelle für Schuldenfragen BL, welche die Revision sehr begrüsst, da sie seit der letzten KVG-Revision täglich und zunehmend mit der Problematik rund um Prämienausstände und Leistungsaufschub konfrontiert ist. Diese Zusatzbelastung dürfte sich aufgrund der Revision reduzieren.

Kontrovers wird beurteilt, dass wegen der KVG-Revision alle Versicherten die Leistungen der Krankenversicherer in Anspruch nehmen können, unabhängig davon, ob sie die Prämien und Kostenbeteiligungen nicht bezahlen können oder nicht bezahlen wollen. Verschiedene politische Parteien fordern deshalb Massnahmen oder Sanktionen für zahlungsunwillige Versicherte. Aus ihrer Sicht muss ernsthaft diskutiert werden, ob die Zahlungsunwilligen mit einem Leistungsaufschub belegt werden sollen oder ob sie sonstige Massnahmen riskieren. Eine griffige Lösung gehöre in das Gesetz: das Bundesgesetz lässt eine entsprechende Option in § 64a Abs. 7 zu. Der Patiententourismus solle und könne durch eine koordinierte Datenaustauschpolitik wirksam reduziert werden, auch bei einem eventuellen kantonalen Leistungsaufschub.

Im Gegensatz dazu begrüsst die Koordinationskonferenz der Kantonalen Krankenhäuser Basel-Landschaft den Verzicht auf das Thurgauer Modell, welches die gesundheitspolitische Problematik des Leistungssistierungen (reduzierte Deckung bei Krankheit) nicht beseitigt und wegen dem Verzicht der Betroffenen auf notwendige medizinische Untersuchungen und Wahleingriffe letztlich auch kostentreibend wirkt. Die Grünen vertreten ebenfalls die Auffassung, dass sich wegen der Installierung der Meldepflicht gemäss §6 Absatz 1 die Führung von Listen (Thurgauer Modell) erübrigt.

Dem VBLG fehlen in der Vorlage Angaben über die bisher von Personen mit Leistungsaufschub verursachten Kosten durch Notaufnahmen in den öffentlichen Spitälern des Kantons BL, die den Spitälern als unbezahlte Rechnungen blieben. Gemäss mündlicher Auskunft handelt es sich um 1 - 1.5 Mio. Franken. Der Bitte des VBLG, dies als künftigen Minderaufwand bei den finanziellen Auswirkungen zu berücksichtigen wurde Folge geleistet.

Der Regierungsrat ist auch erneuter intensiver Prüfung und Abwägung der Vor- und Nachteile des Thurgauer Modells zum Schluss gekommen, dass im Kanton Basel-Landschaft keine solche Liste eingeführt werden soll.

3.2 § 6 Zahlungsverzug der Versicherten

3.2.1 § 6 Absatz 1

Bezüglich § 6 Absatz 1 wird die Änderung des Informationsflusses über den Zahlungsverzug von Versicherten ebenso begrüsst (EVP Baselland) wie die Präzisierung, dass Personen unaufgefordert gemeldet werden (VSO). Die sofortige Meldung stellt zudem eine wichtige Grundlage dar, um eine Verschuldung im Bereich Gesundheitskosten sofort zu erkennen und zu verhindern (Grüne Baselland).

Aus Sicht der Fachstelle für Schuldenfragen BL soll im Sinne von Schadensbegrenzung in § 6 Abs. 1 ein frühzeitiger Informationsfluss etabliert werden. Die Krankenversicherer sollen die säumigen Versicherten nicht erst melden, wenn im Betreibungsverfahren das Fortsetzungsbegehren gestellt wird. Die Meldung soll bereits beim Erlass des Zahlungsbefehls an die Gemeinde erfolgen. Wenn die betriebenen Personen die Forderung darauf hin bezahlen, so erledigt sich die Angelegenheit zwar, und der Aufwand bleibt minim.

Santésuisse weist darauf hin, dass § 6 Abs. 1 nicht dem KVG entspricht und somit bundesrechtswidrig formuliert ist. Es gibt keine Grundlage im Bundesgesetz, welche die Versicherer dazu verpflichtet, den Kantonen Versicherte zu melden, gegen die das Fortsetzungsbegehren gestellt wird. Kantone können die Angaben gemäss Art. 64a KVG verlangen, nicht aber weitergehende Informationen. Gemäss Art. 64a Abs. 2 können sie von den Versicherern fordern, dass sie die Schuldnerinnen und Schuldner bekannt geben, die betrieben werden. Die versicherten Personen müssen und dürfen aber nicht gemeldet werden. Aus diesem Grund wird § 6 Abs. 1 EG KVG wie folgt geändert:

Die Krankenversicherer melden dem Kantonalen Sozialamt unverzüglich und unaufgefordert diejenigen Schuldnerinnen und Schuldner, die wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrieben werden.

Zudem wird die ursprüngliche Formulierung "Versicherer" aufgrund der Vernehmlassung der SVP, die diesen Begriff als zu unpräzise erachtet, durch den Begriff "Krankenversicherer" ersetzt.

Aus Sicht des Gemeinderats Reinach ist der präventive Nutzen der in § 6 Absatz 3 genannten Beratung durch die Sozialhilfebehörden zu hinterfragen. Auch ist nicht präzisiert, was konkret beraten werden soll.

Mit § 6 Abs. 3 wird aus Sicht der SVP eine Beratungspflicht der Sozialhilfebehörde normiert, ohne Präzisierung, was hier konkret beraten werden soll. Da die Beratung die Budgeterstellung und die Begleitung bei der Schuldensanierung zu umfassen hat, ist zu prüfen, ob der Beizug der kantonalen Fachstelle für Schuldenfragen zusätzlich normiert werden soll, indem noch eingefügt wird, dass die Personen zur Schuldenberatung geschickt werden.

Die Fachstelle für Schuldenfragen konkretisiert, dass heute noch keine Beratungsverpflichtung für zahlungsunwillige Versicherte besteht. Dieser Antrag kann nicht berücksichtigt werden. Es gibt keine rechtliche Handhabe, die säumigen Versicherten zur Beratung zu verpflichten.

Die Ärztesgesellschaft Baselland beantragt, dass eine ergänzende Bestimmung aufgenommen wird, wonach für die versicherten Personen gemäss § 6 Abs. 1 ab dem Zeitpunkt der Meldung an das Kantonale Sozialamt der Tiers payant gelte. Die Wahl des Tiers ist aber vom KVG abschliessend geregelt und vorgegeben. Der Kanton hat keine Möglichkeit, die Leistungserbringer zu einem bestimmten Modell zu verpflichten. Es ist Sache der Leistungserbringer, entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenversicherern oder Abtretungsvereinbarungen mit ihren Patientinnen und Patienten abzuschliessen.

3.3 § 6 c Zuständige kantonale Behörde und Revisionsstelle

Die Einführung einer kantonalen Behörde und Revisionsstelle wird als sinnvoll und nötig wahrgenommen. Es wird erwartet, dass bereits vorhandene Strukturen und Synergien genutzt werden und so der administrative Aufwand minimal gehalten wird (EVP Baselland).

Die Umsetzung soll effizient und ökonomisch sinnvoll geregelt werden (VSO). Aufgaben, Zuständigkeiten, vorgesehene Bearbeitungsfristen sowie die operativen Abläufe sollen transparent und auf Verordnungsebene klar geregelt werden (Sozialhilfebehörde und Gemeinderat Oberwil).

Diesen Anliegen wird im Rahmen der Erarbeitung der erforderlichen Verordnungsbestimmungen Rechnung getragen.

3.4 § 6d Absatz 1

Die klar dargestellte Regelung der Verlustscheine und die damit verbundene erhebliche Vereinfachung im Umgang mit Zahlungsausständen werden begrüsst. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass sich die Krankenversicherer nicht mit grossem Aufwand an der Verlustscheinbewirtschaftung beteiligen werden. Daher wird erwartet, dass der Kanton diese Aufgabe aktiv übernimmt und die Übernahme dieser Verlustscheine nicht bloss eine Option darstellt. Eine Abtretung der Verlustscheine an das Kantonale Sozialamt ist für das weitere Inkasso entscheidend und hat letztlich Auswirkungen auf den finanziellen Erfolg.

Von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmern⁴ wird eine Änderung der Kann-Formulierung aus § 6d Absatz 1 in eine zwingende Regelung gefordert: "Der Kanton **lässt** sich von den Krankenkassenversicherern Verlustschein abtreten."

Mit dieser Formulierung wäre der Kanton aber gezwungen, sämtliche Verlustscheine von den Krankenversicherern zu übernehmen. Die Versicherer könnten dem Kanton dann auch die Bedingungen und den Preis für die Abtretung der Verlustscheine diktieren. Hier benötigt der Kanton einen Verhandlungsspielraum. Aus diesem Grund bleibt es bei der Kann-Formulierung.

⁴ CVP Basellandschaft, EVP Baselland, Gemeinderat Buckten, Gemeinderat Reinach, Gemeinderat und Sozialhilfebehörde Oberwil, Sozialhilfebehörde Arlesheim, VBLG, VSO

Die SVP verlangt, dass die folgende Ergänzung geprüft wird: "Das Inkasso wird mittels Leistungsvereinbarung der zentralen Verlustscheinbewirtschaftung übertragen." Dies ist so vorgesehen. Eine solche Bestimmung ist aber nicht gesetzesrelevant und wird deshalb auf Verordnungsebene verankert.

Santésuisse begrüsst die Bestimmung in § 6d Absatz 1. Wichtig ist jedoch der Hinweis, dass ein entsprechender Vertrag mit dem Krankenversicherer abgeschlossen werden muss und dass in diesem Vertrag der Preis zu vereinbaren ist. Der ursprüngliche § 6d Absatz 1 wird deshalb wie folgt geändert:

Der Kanton kann sich von den Krankenversicherern gegen Entschädigung Verlustscheine abtreten lassen. Die zuständige Behörde gemäss § 6c kann mit den Krankenversicherern entsprechende Verträge abschliessen.

3.5 § 8 2^{bis}

Die EVP kann nicht nachvollziehen, wieso EL- und IV-Bezüger davon ausgenommen werden, dass der ausgezahlte Betrag die tatsächlich bezahlten Prämien nicht übersteigen darf.

Hierzu ist festzuhalten, dass Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen zu AHV und IV davon ausgenommen sind, weil sie unabhängig von der tatsächlich bezahlten Prämie die vom Bund berechnete kantonale Durchschnittsprämie als Prämienverbilligung erhalten. Diese zwingende Vorschrift des Bundes muss eingehalten werden.

3.6 § 11 Absatz 1

Die direkte Ausrichtung der Prämienverbilligung an die Versicherer wird von der Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer begrüsst. Beim VSO bestand Unklarheit, ob die Prämienverbilligung separat auf der Prämienrechnung aufgeführt und klar deklariert wird. Die Bundesverordnung über die Krankenversicherung schreibt im Art. 106c Abs. 4 vor, dass die Versicherer pro Versicherten und Monat die Prämienverbilligung auf der Prämienrechnung angibt.

Mehrere Vernehmlassungsteilnehmer bedauerten, dass keine analoge Regelung für EL-Bezüger geschaffen wurde. Hierzu ist festzuhalten, dass in Art. 21a des Ergänzungsleistungsgesetzes (ELG) festgehalten ist, dass der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 10 Abs. 3 Bst. d ELG in Abweichung von Artikel 20ATSG direkt dem Krankenversicherer ausbezahlt ist.

Somit ist die Überweisung der Prämienverbilligung für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen zu AV und IV an die Krankenversicherer ebenfalls bundesrechtlich vorgeschrieben. Im Art. 22 der Ergänzungsleistungsverordnung (ELV) ist im neuen Absatz 5 die Verrechnung geregelt und im neuen Absatz 6 die Auszahlung an die versicherte Person, wenn eine rückwirkende Prämienverbilligung einem anderen Krankenversicherer überwiesen werden sollte.

3.7 § 13a

Die Verrechnungsmöglichkeit wird begrüsst. Allerdings bezweifelt die SVP Baselland, dass eine Norm in dieser Form überhaupt zulässig ist. Es ist fraglich, ob eine kantonal geregelte Verrechnungsmöglichkeit ausreicht, oder ob diese nicht auf Bundesebene vorgesehen werden müsste. Wird von einer generell zulässigen Verrechnungsmöglichkeit auf Bundesebene ausgegangen, wäre auf kantonomer Stufe nur noch die Vollzugsnorm zulässig.

Es haben nach wie vor die Versicherten einen Anspruch auf Prämienverbilligung, auch wenn neu an die Versicherer gezahlt wird. Weil es hier um die Verrechnung von Prämienverbilligungen und nicht von Prämien geht, ist diese Regelung zulässig.

3.8 § 17b Übergangsbestimmung betreffend Wegkauf des Leistungsaufschubs bei unterstützten Personen

Diese Übergangsbestimmung ist nicht einfach verständlich und muss präziser formuliert werden (VBLG, KOSA). Die Formulierung wurde entsprechend präzisiert.

In Bezug auf die Übergangsfrist, wird eine Erhöhung auf sechs Monate gefordert (Gemeinderat Buckten, Gemeinde Ettingen, Gemeinderat und Sozialhilfebehörde Oberwil, VSO). Allerdings betont Santéuisse, dass bereits im Bundesgesetz eine Übergangsregelung festgehalten ist. Auf kantonomer Ebene kann von dieser nicht abgewichen werden. Somit wird § 17b wie folgt geändert und mit dem Zusatz präzisiert, dass er Gültigkeit hat, sofern die sozialhilferechtliche Unterstützung im Jahre 2011 begonnen hat:

Für Forderungen der Versicherer, für welche gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 19. März 2010 der Leistungsaufschub bestehen bleibt, gilt § 6b während sechs Monaten ab dem Inkrafttreten weiter, sofern die sozialhilferechtliche Unterstützung im Jahre 2011 begonnen hat.

Im Zusammenhang mit dem Umgang mit altrechtlichen Leistungsaufschüben wurden von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmern Unklarheiten festgestellt. Der VBLG erachtet es als nicht akzeptierbar, dass der Kanton ungeachtet bestehender Leistungsaufschübe Ausstände von Versicherten ab dem 1.1.2012 übernimmt und die Versicherer wegen der alten Ausstände bis Ende 2011 die Leistungssperren auch nach dem 1.1.2012 weiterführen. Wenn die Versicherer einen Leistungsaufschub aufrecht erhalten, darf der Kanton auch keine neuen Ausstände übernehmen, weil dies ausser den Versicherern niemanden etwas bringen, die Öffentlichkeit aber erheblich belasten würde.

Der Gemeinderat Läfelfingen geht ebenfalls davon aus, dass anfallende Krankheitskosten im schlimmsten Fall von den Sozialhilfebehörden und somit der Öffentlichkeit übernommen werden müssten.

Die bestehenden Unklarheiten wurden durch entsprechende Präzisierungen ausgeräumt. Altrechtliche Leistungsaufschübe (aufgrund von Prämienausständen vor dem 1.1.2012) müssen gemäss KVG-Revision von den Kantonen nicht übernommen werden. Die Folge ist, dass die entsprechenden Personen resp. Leistungserbringer die Leistungen, welche sie vor dem 1.1.2012 in Anspruch genommen resp. erbracht haben, nicht zurückerstattet bekommen.

Neue Leistungen aber, die nach dem 1. Januar 2012 erbracht werden, werden aufgrund der KVG-Revision (die Kantone übernehmen in jedem Fall 85 % dieser Forderungen der Versicherer) auf jeden Fall von den Krankenversicherern übernommen. Ein Auskauf der alten Ausstände erübrigt sich deshalb.

Der Kanton übernimmt also keine offenen Forderungen der Krankenversicherer, die im Zeitraum vor dem Inkrafttreten der KVG-Revision am 1.1.2012 entstanden sind. Die Aufschübe der Kostenübernahme für die Leistungen, die gestützt auf das heute geltende Recht verfügt wurden und die unbezahlten Rechnungen der Leistungserbringer bleiben somit bestehen. Das heisst, dass die bis zum Inkrafttreten der KVG-Revision am 1.1.2012 erbrachten Leistungen von den Krankenversicherern nur zurückerstattet werden, wenn die säumigen Versicherten ihre Schulden selber begleichen. Für Leistungen, die nach dem 1.1.2012 erbracht werden, gibt es generell keinen Leistungsaufschub mehr.

4 Erläuterungen des Entwurfes der Teilrevision des EG KVG

4.1 § 6: Zahlungsverzug der Versicherten

Die Präventionsmöglichkeiten der Sozialhilfebehörden bei den Gemeinden werden beibehalten. Neu melden die Versicherer dem kantonalen Sozialamt die Schuldnerinnen und Schuldner, die wegen unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrieben werden. Dieses informiert die Sozialhilfebehörden, die wie bisher die gemeldeten Personen beraten und sie bei Bedürftigkeit gemäss der Sozialhilfegesetzgebung unterstützen.

Das Kantonale Sozialamt hat in diesem zweistufigen Verfahren den Überblick über die Betreibungen, die vollstreckt werden können. Die Identifikation der Schuldnerinnen und Schuldner erfolgt über die Versichertennummer der Alters- und Hinterlassenenversicherung. Anhand dieser Informationen kann ermittelt werden, bei welchen Schuldnerinnen und Schuldnern Aussicht besteht, die Geldforderung doch noch einzutreiben. Wenn kein pfändbarer Lohn vorhanden ist handelt es sich um zahlungsunfähige Versicherte. Es ist eher unwahrscheinlich, dass sie ihre Schulden später doch noch begleichen (können). Wenn aber eine Lohnpfändung erfolgt, besteht die Möglichkeit, die offenen Forderungen später doch noch einzutreiben. Erfahrungsgemäss kommt ein Teil dieser Versicherten der Zahlungspflicht nicht nach, weil sie bei genügend hohem Einkommen über ihre Verhältnisse leben.

Art. 64a Abs. 7 KVG ermöglicht es den Kantonen, das sog. Thurgauer Modell einzuführen. Die Krankenversicherer könnten ihre Leistungen für die erfassten Schuldnerinnen und Schuldner auf Notfallbehandlungen beschränken. Gerade die Leistungssistierung hat die bestehenden Probleme verursacht. Diese werden dadurch gelöst, dass die Kantone neu 85 % der offenen Forderungen der Krankenversicherer übernehmen und im Gegenzug ab 1. Januar 2012 auf Leistungssistierungen generell verzichtet wird. Es macht keinen Sinn, gleichzeitig wieder Leistungssistierungen zu ermöglichen. Auf das Thurgauer Modell wird deshalb verzichtet. Neben dem Betreibungsverfahren gibt es keine wirksamen und rechtlich durchsetzbaren Mittel, die Betriebenen zur Zahlung ihrer Prämienschulden zu veranlassen.

4.2 § 6a: Leistungsaufschub

§ 6a EG KVG wird ersatzlos gestrichen. Die Meldepflicht der Betreibungsämter an die Ausgleichskasse ist nicht mehr nötig. Sie wird durch die Meldung der Versicherer an das Kantonale Sozialamt gemäss § 6 EG KVG ersetzt.

4.3 § 6b: Wegkauf des Leistungsaufschubes bei unterstützten Personen

§ 6b EG KVG wird ersatzlos gestrichen. Der Wegkauf des Leistungsaufschubs durch die kommunale Sozialhilfebehörde entfällt unter der neuen Bundesregelung. Die Regelung wird nach einer Übergangsfrist von 6 Monaten ab Inkrafttreten der Gesetzesänderung aufgehoben (vgl. § 17b Übergangsbestimmung unten). Danach haben die Sozialhilfebehörden im Jahr des Inkrafttretens der Gesetzesänderung (1.1.2012) bis Ende Juni Zeit, unter dem alten Recht angefallene Wegkäufe zu tätigen.

4.4 § 6c neu: Zuständige kantonale Behörde und Revisionsstelle

Der Kanton muss aufgrund von Art. 64a Abs. 3 KVG 3 eine zuständige kantonale Behörde bezeichnen. Diese nimmt die mit Verlustschein oder gleichwertigem Rechtstitel belegten Forderungen der Krankenversicherer (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreibungskosten pro Versicherten) entgegen und begleicht die von der Revisionsstelle bestätigten Forderungen. Der Kanton muss auch die Revisionsstelle bezeichnen. Diese muss die Richtigkeit der Daten des Krankenversicherers vor der Auszahlung der Forderungen bestätigen.

Der Bundesrat wird nach Abschluss der Anhörung zu Art. 105a ff. und 106a ff. der Bundesverordnung über die Krankenversicherung die Aufgaben der Revisionsstelle definitiv festlegen, die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel bestimmen sowie die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens, der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer regeln.

4.5 § 6d neu: Verlustscheine

Mit dieser Bestimmung wird die Möglichkeit geschaffen, dass der Kanton bei erfolglosen Inkassobemühungen der Krankenversicherer sich die Verlustscheine abtreten lässt, und diese selber aktiv bewirtschaften kann. Zu diesem Zweck wird eine entsprechende Vereinbarung zwischen der zuständigen kantonalen Behörde und der zentralen Verlustscheinbewirtschaftung beim Kanton abgeschlossen.

Die Aussichten, mit Santésuisse oder mit den Versicherern selbst zu einer Einigung bezüglich der Höhe einer Abgeltung für die Zession zu kommen, müssen noch abgeklärt werden. Vorgängig müssen Verhandlungen mit den Krankenversicherern über die Verlustscheinübernahme geführt werden. Es wird eine vertragliche Pauschallösung angestrebt, welche die Bedingungen und den Preis für die Abtretung der Verlustscheine regelt. Die Kommission Prämienverbilligung wird die Lösung weiter konkretisieren und anschliessend mit Santésuisse das Gespräch aufnehmen. Santésuisse begrüsst in der Vernehmlassung diese Bestimmung ausdrücklich, die dem Kanton die Möglichkeit gibt, mit den Versicherern einen entsprechenden Vertrag abzuschliessen. Die Kann-

Formulierung wurde bewusst gewählt, damit die Versicherer keine für den Kanton nachteiligen Vertragsbedingungen diktieren können.

4.6 § 8 Abs. 2^{bis} neu: Höhe der ausbezahlten Prämienverbilligung

Zweck der Prämienverbilligung ist es, Personen mit unteren und mittleren Einkommen bei der Bezahlung ihrer Krankenversicherungsprämien zu entlasten. Vom Gesetzeszweck nicht gedeckt sind Situationen, in denen die Höhe der Prämienverbilligung die Höhe der tatsächlichen Prämie übersteigt. Mit dieser neuen Bestimmung wird dies verhindert. Die Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen zu AHV und IV sind davon ausgenommen. Sie erhalten unabhängig von der tatsächlich bezahlten Prämie die vom Bund berechnete kantonale Durchschnittsprämie als Prämienverbilligung. Dies schreibt der Bund zwingend vor.

4.7 § 11: Ausrichtung der Prämienverbilligung

Laut § 65 Abs. 1 KVG müssen die Kantone den Beitrag für die Prämienverbilligung neu direkt an die Versicherer bezahlen, bei denen diese Personen versichert sind. Entsprechend ist § 11 Abs. 1 EG KVG zu ändern.

Das Antragssystem wird weitergeführt, und die Bezugsberechtigten erhalten von der Ausgleichskasse weiterhin ein Antragsformular, das sie unterschreiben und retournieren müssen, um ihren Anspruch geltend zu machen. Dieses System hat sich bewährt. Gegen diese Verfügung der Ausgleichskasse können die Versicherten weiterhin auf dem üblichen Weg Einsprache erheben.

Wenn die Krankenversicherer beim Abzug der Prämienverbilligung von der Prämienrechnung Fehler machen, müssen sich die Versicherten an ihren Versicherer wenden. Der neue Artikel 65 Absatz 4bis KVG richtet sich in erster Linie an die Versicherer. Diese können einzig geltend machen, dass sie die nötigen Informationen von den Kantonen nicht erhalten haben. Daneben werden sie mit Artikel 65 Absatz 4bis KVG direkt in die Pflicht genommen. Es ist an ihnen, die Prämienverbilligung von ihren Prämienrechnungen abzuziehen. Sie sind es auch, die die Versicherten über die tatsächliche Prämienverbilligung informieren müssen. Sollte es damit Probleme geben, sind sie konsequenterweise auch Ansprechpartner der Versicherten.

Auf Verordnungsebene werden die ausgezahlten Kleinbeträge von bisher 240 auf 120 Franken gesenkt. Dies entspricht der Regelung bei den Ergänzungsleistungen zu AHV und IV. Es gibt im Anspruchsjahr 2009 total 2'282 Fälle mit einem rechnerischen Anspruch < 240 Franken, davon sind 1'099 Fälle mit einem Anspruch > 120 Franken.

In Art. 21a des Ergänzungsleistungsgesetzes (ELG) ist festgehalten, dass der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 10 Abs. 3 Bst. d ELG in Abweichung von Artikel 20ATSG direkt dem Krankenversicherer ausbezahlt ist.

Somit ist die Überweisung der Prämienverbilligung für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen zu AV und IV an die Krankenversicherer ebenfalls bundesrechtlich vorgeschrieben. Im Art. 22 der Ergänzungsleistungsverordnung (ELV) ist im neuen Absatz 5 die Verrechnung geregelt und im neuen Absatz 6 die Auszahlung an die versicherte Person, wenn eine rückwirkende Prämienverbilligung einem anderen Krankenversicherer überwiesen werden sollte.

4.8 § 11a: Anspruchsübergang

§ 11a wird ersatzlos gestrichen. Der Anspruchsübergang an die Sozialhilfe entfällt unter der neuen Bundesregelung. Wichtig aus sozialhilferechtlicher Sicht ist, dass die vom Kanton den Krankenversicherern zugesprochene Prämienverbilligung periodengerecht (monatlich) angerechnet wird. Dies auch gestützt auf Art. 19 Abs. 1 ATSG (SR 831.1).

4.9 § 12a: Prämienverbilligungsaufschub

§ 12a wird ersatzlos gestrichen. Der Prämienverbilligungsaufschub entfällt, weil die mit Verlustscheinen verbrieften Forderungen der Krankenversicherer um den Betrag der Prämienverbilligung reduziert werden.

4.10 § 13a neu: Verrechnung

Rückforderungen von zu Unrecht bezogenen Leistungen gemäss § 13 können mit fälligen Prämienverbilligungen verrechnet werden. Die Verrechnungsmöglichkeit muss gesetzlich verankert werden.

4.11 § 17a

§ 17a wird gestrichen. Diese Bestimmung war im Rahmen der Revision des EG KVG, die am 1. Januar 2002 in Kraft gesetzt wurde, eingefügt. Die Versicherer waren anschliessend teilweise entschädigt worden für die vorher ausgestellten Entschädigungen.

4.12 § 17b neu: Übergangsbestimmung betreffend Wegkauf des Leistungsaufschubes bei unterstützten Personen

Der Wegkauf des Leistungsaufschubes durch die kommunale Sozialhilfebehörde gemäss § 6b entfällt unter der neuen Bundesregelung. Die Regelung wird nach einer Übergangsfrist von 6 Monaten ab Inkrafttreten der Gesetzesänderung aufgehoben. Danach haben die Sozialhilfebehörden im Jahr des Inkrafttretens der Gesetzesänderung bis Ende Juni Zeit, unter dem alten Recht angefallene Wegkäufe zu tätigen.

4.13 Umgang mit altrechtlichen Leistungsaufschüben

Altrechtliche Leistungsaufschübe (aufgrund von Prämienausständen vor dem 1.1.2012) müssen gemäss KVG-Revision von den Kantonen nicht übernommen werden. Die Folge ist, dass die entsprechenden Personen resp. Leistungserbringer die Leistungen, welche sie vor dem 1.1.2012 in Anspruch genommen resp. erbracht haben, nicht zurückerstattet bekommen.

Neue Leistungen, die nach dem 1. Januar 2012 erbracht werden, werden aber aufgrund der KVG-Revision (die Kantone übernehmen in jedem Fall 85 % dieser Forderungen der Versicherer) auf jeden Fall von den Krankenversicherern übernommen. Ein Auskauf der alten Ausstände erübrigt sich deshalb.

Der Kanton übernimmt also keine offenen Forderungen der Krankenversicherer, die im Zeitraum vor dem Inkrafttreten der KVG-Revision am 1.1.2012 entstanden sind. Die Aufschübe der Kostenübernahme für die Leistungen, die gestützt auf das heute geltende Recht verfügt wurden und die unbezahlten Rechnungen der Leistungserbringer bleiben somit bestehen. Das heisst, dass die bis zum Inkrafttreten der KVG-Revision am 1.1.2012 erbrachten Leistungen von den Krankenversicherern nur zurückerstattet werden, wenn die säumigen Versicherten ihre Schulden selber begleichen.

5 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Von Anfang 2007 bis Ende Oktober 2010 wurden im Kanton Basel-Landschaft 15'752 Versicherte mit einem Leistungsaufschub belegt. Das sind 3'938 Versicherte pro Jahr. In insgesamt 2'666 Fällen handelte es sich um Bezüger einer Prämienverbilligung. Das entspricht 675 Versicherten pro Jahr. Somit kommen 99 % der ca. 70'000 Bezügerinnen und Bezüger einer Prämienverbilligung ihren Zahlungspflichten nach.

Seit Anfang 2007 musste bei 782 sozialhilferechtlich unterstützten Personen der Leistungsaufschub weggekauft werden, was Kosten von etwas mehr als 4.1 Mio. Franken verursacht hat. Pro Fall wurde ein Betrag von durchschnittlich 5'280 Franken bezahlt.

Ausgehend von diesem Mengengerüst und der Annahme, dass bei allen rund 4'000 Baselbietern, gegen die das Fortsetzungsbegehren gestellt wurde, aus dem Betreibungsverfahren ein Verlustschein für unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen resultiert, ergibt sich ab 2013 ein Betrag von 21.1 Millionen Franken pro Jahr. Gemäss Art. 105d des Entwurfs der Bundesverordnung stellen die Krankenversicherer den zuständigen kantonalen Behörden im ersten Quartal des Folgejahres Rechnung für die mit Verlustscheinen belegten Forderungen. Das heisst, dass die Krankenversicherer deshalb frühestens im Frühling 2013 erste Forderungen anmelden werden. Der finanzielle Aufwand für die Übernahme der Verlustscheine fällt somit erstmals im Jahr 2013 für alle seit dem 1. Januar 2012 ausgestellten Verlustscheine an.

Zur Finanzierung des Anteils von 85 % dieser Kosten muss der Kanton schätzungsweise 18 Millionen Franken aufwenden. Das entspricht einem jährlich wiederkehrenden Mehraufwand gegenüber der bestehenden Regelung von 17 Millionen Franken (18 Millionen Franken abzüglich 1 Million Franken, die bisher für den Wegkauf von Leistungssistierungen für Versicherte aufgewendet wurde, die neu zur Sozialhilfe kommen). Die bisher von Personen mit einem Leistungsaufschub verursachten Kosten durch Notfallaufnahmen in den öffentlichen Spitälern des Kantons Basel-Landschaft, die den Spitälern als unbezahlte Rechnungen in der Höhe von 1-1.5 Millionen Franken bleiben, entfallen ebenfalls. Dieser Betrag wird als künftiger Minderaufwand bei den finanziellen Auswirkungen berücksichtigt. Der resultierende Mehraufwand von 15.5 Millionen Franken ist im aktuellen Finanzplan ab 2013 eingestellt.

Laut Absatz 3 der Übergangsbestimmungen der KVG-Revision müssen die Kantone die Prämienverbilligungen spätestens ab 2014 an die Krankenversicherer auszahlen. Im Kanton Basel-Landschaft werden die Prämienverbilligungen im Jahr 2012 und evtl. noch im Jahr 2013 an die Versicherten ausgezahlt, weil nicht alle Krankenversicherer die technischen Voraussetzungen für die Datenübermittlung via sedex (Plattform des Bundes für den sicheren Datenaustausch: secure data exchange) termingerecht per 2012 erfüllen können. Wenn der Kanton die Prämienverbilligungen trotzdem bereits ab dem 1. Januar 2012 an die Krankenversicherer auszahlen würde, müsste

die Ausgleichskasse zusätzliche Daten für alle 70'000 Bezügerinnen und Bezüger (z.B. Name und Zahlungsverbindung des Krankenversicherers, Betrag der KVG-Prämie) manuell erfassen. Dies würde zu einem einmaligen Mehraufwand von rund 17'500 Stunden (15 Minuten pro Fall) führen. Das würde einem einmaligen Aufwand von 960'000 Franken (840 Stellenprozent) entsprechen.

Dieser Aufwand wird dadurch reduziert, dass die Prämienverbilligung im Jahr 2012 und evtl. noch im Jahr 2013 wie bisher an die Versicherten ausgezahlt wird. Kantone, welche die Beiträge an die Versicherten ausrichten, müssen laut Absatz 3 der Übergangsbestimmungen der KVG-Revision einen Anteil von 87 % der Verlustscheine bezahlen anstelle von 85 %. Der finanzielle Aufwand für die Übernahme von 87 % der Summe der Verlustscheine ist 422'000 Franken höher als es bei 85 % der Fall wäre. Die damit verbundenen Mehrkosten für die ersten 2 Jahre betragen 844'000 Franken. Das sind fast 120'000 Franken weniger als bei der Umstellung des Auszahlungssystems per 1.1.2012.

Unabhängig davon entsteht ein einmaliger Mehraufwand für die Umstellung des Vollzugs, weil pro Person die Angaben des Krankenversicherers (inkl. Betrag der KVG-Prämie) zugeordnet werden müssen (inkl. Kontrolle der Zuordnung). Dieser Aufwand fällt 2012 und 2013 an und beläuft sich auf insgesamt 320'000 Franken (280 Stellenprozent).

Die jährlichen Kosten für den laufenden Vollzug der Prämienverbilligung durch die Ausgleichskasse steigen wegen der Auszahlung an die Krankenversicherer um 300'000 Franken an (170 Stellenprozent). Diese wiederkehrenden Aufwendungen entstehen, wenn für ein neues Anspruchsjahr neue Personen erstmals anspruchsberechtigt werden und wenn die anspruchsberechtigten Personen ihren Krankenversicherer wechseln. Diese Mutationen müssen jeweils nachgeführt werden. Unter der Annahme eines Neuzugangs an Anträgen von 10% sowie einer Wechselquote des Krankenversicherers von 20% resultiert ab 2013 ein wiederkehrender Mehraufwand von 5'250 Stunden bzw. 300'000 Franken.

Der jährliche Aufwand für die zuständige kantonale Behörde beläuft sich auf schätzungsweise 40'000 Franken (35 Stellenprozent). Für die Revisionsstelle fallen gemäss § 105h Abs. 3 des Entwurfs der Bundesverordnung über die Krankenversicherung keine Kosten an, wenn der Kanton akzeptiert, dass die externe Revisionsstelle des Versicherers die Richtigkeit der Forderungen bestätigt. Der tatsächliche Aufwand kann aber erst definitiv beziffert werden, wenn der Bundesrat die Aufgaben und die Finanzierung der Revisionsstelle geregelt hat.

Das Kantonale Sozialamt muss sich nicht mehr um den Wegkauf des Leistungsaufschubs für Personen kümmern, die neu zur Sozialhilfe kommen. Neu muss es aber rund 4'500 Meldungen über Schuldnerinnen und Schuldner bewirtschaften, die wegen unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrieben werden, und die kommunalen Sozialhilfebehörden entsprechend informieren. Beim Kantonalen Sozialamt ist für diese Aufgaben mit einem jährlichen Aufwand von ca. 40'000 Franken (35 Stellenprozent) ab 2012 zu rechnen.

Für die zuständige kantonale Behörde und das Kantonale Sozialamt ist somit eine Erhöhung des Sollstellenplans um jeweils 35 Stellenprozente erforderlich. Die neuen Aufgaben können nicht mit dem bestehenden Personal erfüllt werden.

Der für 2012 geschätzte einmalige und der ab 2013 jährliche wiederkehrende Aufwand ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Einmaliger Mehraufwand (Mio. Franken)		
	2012	2013
Umstellung des Vollzugs bei der Ausgleichskasse	0.16	0.16
Mehraufwand für Übernahme von 87 % der offenen Forderungen aus den Jahren 2012 und 2013 (fällt 2013 und 2014 an)	-	0.422
Total Mehraufwand (einmalig)	0.16	0.582
Jährlich wiederkehrender Mehraufwand (Mio. Franken)		
	2012	2013
Übernahme von 85 % der offenen Forderungen	-	15.5
Vollzugskosten Ausgleichskasse		0.3
Kosten kantonale Behörde	0.04	0.04
Vollzugskosten Kantonales Sozialamt	0.04	0.04
Total Mehraufwand (jährlich wiederkehrend)	0.08	15.88

6 Regulierungsfolgeabschätzung

Das revidierte EG KVG führt im Vergleich mit dem Bundesgesetz zu keinen zusätzlichen Belastungen für die Krankenversicherer. Eine direkte Betroffenheit der KMU in der Branche ist zwar gegeben. Der Kanton stellt aber keine zusätzlichen Erfordernisse oder Formalitäten auf.

7 Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, die Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung gemäss beiliegendem Entwurf zu beschliessen.

Liestal, 17. Mai 2011

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: Krähenbühl

Der Landschreiber: Mundschin

Beilagen: - Entwurf der Gesetzesänderung (klassisch und synoptisch-thematisch)
 - Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 19. März 2010

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)

Änderung vom

Der Landrat des Kantons Basel-Landschaft beschliesst:

I.

Das Einführungsgesetz vom 25. März 1996¹ zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) wird wie folgt geändert:

§ 6 Zahlungsverzug der Versicherten

¹ Die Krankenversicherer melden dem Kantonalen Sozialamt unverzüglich und unaufgefordert diejenigen Schuldnerinnen und Schuldner, die wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrieben werden.

² Das Kantonale Sozialamt informiert die kommunalen Sozialhilfebehörden.

³ Die Sozialhilfebehörde berät die Personen und unterstützt sie bei Bedürftigkeit gemäss der Sozialhilfegesetzgebung.

§ 6a

Aufgehoben.

§ 6b

Aufgehoben.

§ 6c Zuständige kantonale Behörde und Revisionsstelle (neu)

¹ Der Regierungsrat bezeichnet die zuständige kantonale Behörde für die Übernahme von Forderungen aufgrund von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die entsprechende Revisionsstelle.

² Er kann ihnen zusätzliche Aufgaben übertragen.

¹ GS 32.474, SGS 362

§ 6d Verlustscheine (neu)

¹ Der Kanton kann sich von den Krankenversicherern gegen Entschädigung Verlustscheine abtreten lassen. Die zuständige Behörde gemäss § 6c kann mit den Krankenversicherern entsprechende Verträge abschliessen.

² Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten.

§ 8 Absatz 2^{bis} (neu)

^{2bis} Der ausbezahlte Betrag darf die tatsächlich bezahlte Prämie nicht übersteigen.

§ 11 Absatz 1

¹ Die Prämienverbilligung wird den Krankenversicherern ausgerichtet.

§ 11a

Aufgehoben.

§ 12a

Aufgehoben.

§ 13a Verrechnung (neu)

Rückforderungen von zu Unrecht bezogenen Leistungen gemäss § 13 können mit fälligen Prämienverbilligungen verrechnet werden.

§ 17a

Aufgehoben.

§ 17b Übergangsbestimmung betreffend Wegkauf des Leistungsaufschubes bei unterstützten Personen

Für Forderungen der Versicherer, für welche gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 19. März 2010 der Leistungsaufschub bestehen bleibt, gilt § 6b während sechs Monaten ab dem Inkrafttreten weiter, sofern die sozialhilferechtliche Unterstützung im Jahr 2011 entstanden ist.

II.

Der Regierungsrat beschliesst das Inkrafttreten dieser Änderung.

Synoptische Darstellung

Bisheriges Recht	Neues Recht
	<i>Das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 25. März 1996 wird wie folgt geändert:</i>
§ 6 Zahlungsverzug der Versicherten ¹ Die Versicherer melden den Sozialhilfebehörden unverzüglich diejenigen versicherten Personen, die mit der Bezahlung fälliger Prämien oder Kostenbeteiligungen in Verzug geraten sind. ² Die Sozialhilfebehörde berät die Personen und unterstützt sie bei Bedürftigkeit gemäss der Sozialhilfegesetzgebung.	§ 6 Zahlungsverzug der Versicherten ¹ Die Krankenversicherer melden dem Kantonalen Sozialamt unverzüglich und unaufgefordert diejenigen Schuldnerinnen und Schuldner, die wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrieben werden. ² Das Kantonale Sozialamt informiert die kommunalen Sozialhilfebehörden. ³ Die Sozialhilfebehörde berät die Personen und unterstützt sie bei Bedürftigkeit gemäss der Sozialhilfegesetzgebung.
§ 6a ¹ Die Betreibungsämter melden der Ausgleichskasse Basel-Landschaft diejenigen Personen, gegen die die Versicherer im Betreibungsverfahren wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen das Fortsetzungsbegehren stellen (Leistungsaufschub). ² Die Ausgleichskasse Basel-Landschaft meldet den Sozialhilfebehörden die Personen, die mit einem Leistungsaufschub belegt sind. Die Sozialhilfebehörde berät die Personen und unterstützt sie bei Bedürftigkeit gemäss der Sozialhilfegesetzgebung.	§ 6a Aufgehoben.

§ 6b ¹ Die Sozialhilfebehörde kauft beim Versicherer den Leistungsaufschub gegenüber sozialhilferechtlich unterstützten Personen weg, deren Unterstützung am oder nach dem 1. Januar 2006 begonnen hat. ² Der Anteil nicht bezahlter Prämien am Wegkauf sowie die Verzugszinsen erfolgen zu Lasten des Kantons und werden der kantonalen Prämienverbilligungsrechnung für die Bundesbeiträge gemäss Art. 66 KVG belastet. Er gilt für die unterstützte Person nicht als sozialhilferechtliche Unterstützung. ³ Der restliche Anteil am Wegkauf erfolgt zu Lasten der Einwohnergemeinde. Er gilt für die unterstützte Person als bezogene sozialhilferechtliche Unterstützung.	§ 6b Aufgehoben.
	§ 6c Zuständige kantonale Behörde und Revisionsstelle (neu) ¹ Der Regierungsrat bezeichnet die zuständige kantonale Behörde für die Übernahme von Forderungen aufgrund von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die entsprechende Revisionsstelle. ² Er kann ihnen zusätzliche Aufgaben übertragen.
	§ 6d Verlustscheine (neu) ¹ Der Kanton kann sich von den Krankenversicherern gegen Entschädigung Verlustscheine abtreten lassen. Die zuständige Behörde gemäss § 6c kann mit den Krankenversicherern entsprechende Verträge abschliessen. ² Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten.
	§ 8 Absatz 2bis (neu) ^{2bis} Der ausbezahlte Betrag darf die tatsächlich bezahlte Prämie nicht übersteigen.
§ 11 Absatz 1 ¹ Die Prämienverbilligung wird den Versicherten ausgerichtet. Vorbehalten bleiben die §§ 11a und 11b.	§ 11 Absatz 1 ¹ Die Prämienverbilligung wird den Krankenversicherern ausgerichtet.

§ 11a Der Anspruch auf Prämienverbilligung geht auf die zuständige Sozialhilfebehörde über, wenn die Versicherten Unterstützungen gemäss dem Sozialhilfegesetz erhalten.	§ 11a Aufgehoben.
§ 12a ¹ Die Ausgleichskasse Basel-Landschaft schiebt bei Personen, die mit einem Leistungsaufschub belegt sind, die Ausrichtung der Prämienverbilligung an die Berechnungseinheit bis zur Aufhebung des Leistungsaufschubes auf. ² Zu Prämienverbilligungen, die aufgrund der Aufhebung des Leistungsaufschubes nachträglich ausgerichtet werden, wird kein Zins zugeschlagen.	§ 12a Aufgehoben.
	§ 13a (neu) Verrechnung Rückforderungen von zu Unrecht bezogenen Leistungen gemäss § 13 können mit fälligen Prämienverbilligungen verrechnet werden.
§ 17a ¹ Der Regierungsrat kann bestimmen, dass der Kanton die Versicherer und die Gemeinden für die Verluste ganz oder teilweise entschädigt, die diese in einem bestimmten Zeitraum vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... aufgrund unbezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erlitten haben. ² Massgebend für die Entschädigung sind die Verlustscheine.	§ 17a Aufgehoben.
	§ 17b (neu) Übergangsbestimmung betreffend Wegkauf des Leistungsaufschubes bei unterstützten Personen Für Forderungen der Versicherer, für welche gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 19. März 2010 der Leistungsaufschub bestehen bleibt, gilt § 6b während sechs Monaten ab dem Inkrafttreten weiter, sofern die sozialhilfrechtliche Unterstützung im Jahre 2011 begonnen hat.