



**Kanton Basel-Landschaft**

**Regierungsrat**

---

**Vorlage an den Landrat**

Vom

*Vernehmlassungsentwurf (21. Dezember 2010)*

**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	KVG-Revision und Handlungsbedarf beim Kanton .....	5
2.3	Beurteilung der KVG-Revision .....	8
2.4	Vorgehen zur Umsetzung der KVG-Revision.....	10
2.5	Zielsetzung.....	11
3	Vernehmlassung.....	11
4	Erläuterungen des Entwurfes der Teilrevision des EG KVG .....	11
4.1	§ 6: Zahlungsverzug der Versicherten .....	11
4.2	§ 6a: Leistungsaufschub .....	12
4.3	§ 6b: Wegkauf des Leistungsaufschubes bei unterstützten Personen.....	12
4.4	§ 6c neu: Zuständige kantonale Behörde und Revisionsstelle.....	12
4.5	§ 6d neu: Verlustscheine.....	13
4.6	§ 8 Abs. 2 <sup>bis</sup> neu: Höhe der ausbezahlten Prämienverbilligung .....	13
4.7	§ 11: Ausrichtung der Prämienverbilligung.....	13
4.8	§ 11a: Anspruchsübergang .....	14
4.9	§ 12a: Prämienverbilligungsaufschub .....	14
4.10	§ 13a neu: Verrechnung.....	14
4.11	§ 17a .....	14
4.12	§ 17b neu: Übergangsbestimmung betreffend Wegkauf des Leistungsaufschubes bei unterstützten Personen .....	15
4.13	Umgang mit altrechtlichen Leistungsaufschüben.....	15
5	Finanzielle und personelle Auswirkungen .....	15
6	Regulierungsfolgeabschätzung .....	17
7	Antrag .....	17

## 1 Zusammenfassung

National- und Ständerat haben am 19. März 2010 eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)<sup>1</sup> 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 Vorschriften nicht. Die Prämienverbilligungen werden an die Versicherten ausgezahlt und es werden ausschliesslich Verlustscheine von den 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)<sup>2</sup>.

Die Übernahme der Zahlungsausstände in der obligatorischen Krankenversicherung ist eine neue gebundene Aufgabe der Kantone. Sie müssen eine kantonale 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. Der Regierungsrat wird beauftragt, die kantonale Behörde und die Revisionsstelle zu bezeichnen. Er wird darüber entscheiden, sobald der Bundesrat die Aufgaben der Revisionsstelle festgelegt hat, was frühestens im April 2011 der Fall sein wird.

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 Präventionsmöglichkeiten der Sozialhilfebehörden werden beibehalten. Die Versicherer müssen die Versicherten, gegen die das Fortsetzungsbegehren gestellt wurde, neu dem Kantonalen Sozialamt melden. Dieses informiert die kommunale Sozialhilfebehörde, welche die gemeldeten Versicherten wie bisher berät. Das Ziel ist es, den Eintritt in die Sozialhilfe zu verhindern.

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 Antragsystem 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 dann neu ihrem Versicherer überwiesen. Dieser zieht den Beitrag von der Prämienrechnung ab und informiert die Versicherten.

---

<sup>1</sup> SR 832.10; Bundesblatt 2010, Seiten 2009-2012

<sup>2</sup> SGS 362

Die pauschale Übernahme des Anteils von 85 % aller Verlustscheine wird jährlich schätzungsweise 17 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 somit auf 16 Millionen Franken pro Jahr. 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 und die Revisionsstelle beläuft sich auf schätzungsweise 200'000 Franken pro Jahr, kann aber erst exakt beziffert werden, sobald der Bundesrat die Aufgaben und die Finanzierung der Revisionsstelle geregelt hat. Beim Kantonalen Sozialamt ist mit einem jährlichen Aufwand von ca. 30'000 Franken zu rechnen für die Bewirtschaftung der Meldungen der Versicherer und die Information der kommunalen Sozialhilfebehörden.

## **2 Ausgangslage**

### **2.1 Gründe für die KVG-Revision**

Die KVG-Revision wurde beschlossen, weil der Zahlungsverzug und der Leistungsaufschub in der obligatorischen Krankenversicherung alle Beteiligten seit Jahren vor immer grössere Probleme stellen. 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 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 Schuldanerkenntnis und bescheinigt, in welchem Umfang der Versicherer in der Zwangsvollstreckung nicht befriedigt wurde. 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 bezahlt werden. Der Leistungsaufschub bleibt bestehen, bis die Prämien schulden ganz abbezahlt sind. Erst dann begleichen die Krankenkassen 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. Der Branchenverband der Krankenversicherer Santésuisse registrierte im letzten Jahr 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 betroffenen Versicherten. Sie müssen damit rechnen, dass sie von privaten Leistungserbringern

abgewiesen werden, weil diese nicht riskieren wollen, dass ihre Behandlungskosten nicht übernommen werden. Oft verlangen sie von den betroffenen Patientinnen und Patienten, dass medizinische Leistungen oder Medikamente im Voraus bezahlt werden. Vor die Entscheidung gestellt, verzichten die Patientinnen und Patienten 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 Nofallabteilungen für Allgemeinpatienten der öffentlichen 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. 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 Angaben von 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 ist. Weder Santésuisse noch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verfügen 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 der 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. 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 Probleme mit dem Zahlungsverzug hat das Bundesparlament im März 2010 die KVG-Revision beschlossen. Nachfolgend wird auf die Grundzüge dieser Revision und den gesetzlichen Handlungsbedarf für den Kanton eingegangen.

## **2.2 KVG-Revision und Handlungsbedarf beim 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 Abweichung von Art. 21a ELV erfolgen Nachzahlungen von Prämienverbilligungen in der obligatorischen Krankenversicherung direkt an die anspruchsberechtigten Personen (neuer Art. 22 Abs. 5 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. **§ 6 EG KVG** wird entsprechend geändert. Neu melden die Versicherer dem Kantonalen Sozialamt unverzüglich und unaufgefordert diejenigen versicherten Personen, gegen die die Versicherer im Betreibungsverfahren wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen das Fortsetzungsbegehren stellen. Das Sozialamt informiert die kommunale Sozialhilfebehörde. Sie berät wie bisher diese 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 Verzugszinse und Betreibungskosten) 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. Bezahlt wird, 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. Mit diesen Verordnungsbestimmungen des Bundesrats kann frühestens Ende 2010 gerechnet werden. Erst dann kann der Regierungsrat die für diese Aufgaben geeignete kantonale Behörde und die Revisionsstelle bezeichnen und mit dem Vollzug beauftragen.

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. Das Inkasso wird 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 Datenpool intervenieren. Sie werden zu diesem Zweck vom Kantonalen Sozialamt über die Versicherten informiert, gegen die das Fortsetzungsbegehren gestellt wurde (vgl. § 6 EG KVG oben).

Im Kanton Thurgau hat sich gezeigt, dass viele registrierte Personen keinen Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben. Bei ihnen besteht Handlungsbedarf. Sie leben nicht in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, bezahlen aber ihre Krankenkassenprämien trotzdem nicht. Dadurch, dass die Thurgauer Leistungserbringer Zugriff auf den Datenpool haben, wird verhindert, dass diese Versicherten medizinische Wahlbehandlungen zu Lasten der öffentlichen Hand beanspruchen können. Ihr Anspruch ist auf Notfallbehandlungen beschränkt.

Die Thurgauer Lösung ist administrativ aufwändig und funktioniert offenbar nicht ganz wunschgemäss. Die Listen sind offenbar nicht immer auf dem aktuellsten Stand. Manche Versicherte werden nicht gelöscht, nachdem sie ihre Prämien schulden nachgezahlt haben. Der Grund dafür sind die Krankenversicherer, die nicht immer bereit sind, die Aufhebung des Leistungsaufschubs zu mel-

den. Der Datenpool wirft auch datenschutzrechtliche Fragen auf. Jeder Leistungserbringer hat faktisch Zugriff auf alle registrierten Versicherten, auch wenn es sich nicht um seine eigenen Patientinnen und Patienten handelt.

Offenbar nimmt auch der Patiententourismus zu. Immer mehr Thurgauer lassen sich in Nachbarkantonen medizinisch betreuen, wenn sie im Datenpool registriert sind. Die offenen Forderungen werden auf die Leistungserbringer in diesen Kantonen überwältigt. Der Patiententourismus kann nur unterbunden werden, wenn ein gesamtschweizerischer Datenpool eingerichtet wird. Im Kanton Basel-Landschaft würde der Datenpool dazu führen, dass die registrierten Baselbieter sich vermehrt im Kanton Basel-Stadt medizinisch betreuen liessen. Die Folge wären steigende Kosten in beiden Kantonen, weil Gesundheitsleistungen im Stadtkanton teurer sind als im Baselbiet.

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 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 nach Anhörung der Kantone und der Versicherer frühestens Ende 2010. 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 Antragsystem 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.

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 Bezügerern von Ergänzungsleistungen gibt es schon heute fast keine Härtefälle. Den EL-Bezügerinnen und -Bezügerern 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 äusserst seltenen 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 zahlungsunwillige Personen handelt. Die markante Zunahme der Zahl erfolgloser Beteiligungen, die mit der Ausstellung eines Verlustscheins enden, ist vielmehr 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.

Anders verhält es sich mit Versicherten mit ungenügendem Einkommen, das knapp über den Einkommensgrenzen liegt, die zum Bezug von Ergänzungsleistungen, Sozialhilfeleistungen oder Prämienverbilligungen berechtigen. Bei diesen Versicherten muss davon ausgegangen werden, dass sie momentan oder 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 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. Das Problem kann durch den Abschluss von Abtretungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringer und Patient gelöst werden, 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 zahlungsunwilligen Versicherten.

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 Versicherer müssen die Einnahmen ihrer allfälligen 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. Es ist deshalb folgerichtig, die Möglichkeit gesetzlich zu verankern, dass sich der Kanton Verlustscheine von den Krankenversicherern abtreten lassen kann, um sie selber zu bewirtschaften.

## **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 zu 5 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, Vorsteher 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 Be-

schluss unterbreiten. Das Ziel ist es, den Vollzug der neuen KVG-Bestimmungen über den Zahlungsverzug und die Auszahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer auf den 1. Januar 2013 umzustellen.

## **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 Vernehmlassung**

## **4 Erläuterungen des Entwurfes der Teilrevision des EG KVG**

### **4.1 § 6: Zahlungsverzug der Versicherten**

Die Präventionsmöglichkeiten der Sozialhilfebörden bei den Gemeinden werden beibehalten. Neu melden die Versicherer dem kantonalen Sozialamt die Betriebenen. Dieses informiert die Sozialhilfebörden, die wie bisher die gemeldeten Personen beraten und sie bei Bedürftigkeit gemäss der Sozialhilfegesetzgebung unterstützen.

Das Kantonale Sozialamt hat so 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 Schuldner Aussicht besteht, die Geldforderung doch noch einzutreiben. Wenn kein pfändbarer Lohn vorhanden ist handelt es sich um zahlungsunfähige Versicherte. Es ist unwahrscheinlich, dass sie ihre Schulden später doch noch begleichen (können). Wenn eine Lohnpfändung erfolgt, besteht die Möglichkeit, die offenen Forderungen später doch noch einzutreiben. Erfahrungsgemäss kommen diese 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 auf Leistungssistierungen generell verzichtet

wird. Es macht deshalb keinen Sinn, gleichzeitig wieder Leistungssistierungen zu ermöglichen. Auf das Thurgauer Modell wird verzichtet. Neben dem Betreibungsverfahren gibt es keine wirksamen Mittel, die Betrieben zur Zahlung ihrer Schulden zu veranlassen.

#### **4.2 § 6a: Leistungsaufschub**

§ 6a EG KVG wird ersatzlos getrichen. 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 getrichen. Der Wegkauf des Leistungsaufschubs durch die kommunale Sozialhilfebehörde entfällt unter der neuen Bundesregelung. Die Regelung wird nach einer Übergangsfrist von 3 Monaten ab Inkrafttreten der Gesetzesänderung aufgehoben (vgl. § 17b Übergangsbestimmung unten). Danach haben die Sozialhilfebehörden im Jahr des Inkrafttretens der Gesetzesänderung (2012) bis Ende März 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 Verzugszinse und Betreuungskosten 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 frühestens Ende 2010 die Aufgaben der Revisionsstelle 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.

Ein Verordnungsentwurf des Bundes liegt noch nicht vor, frühestens bis Ende 2010 soll ein solcher erarbeitet werden. Die GDK hat dem Bundesamt für Gesundheit einen eigenen Verordnungsentwurf unterbreitet, der den Vorstellungen der Kommission Prämienverbilligung weitgehend entspricht. Die Kantone können ihre Anliegen an den Verordnungsentwurf des Bundes in der Vernehmlassung einbringen, die der Bund voraussichtlich im ersten Quartal 2011 durchführt.

Bezüglich Aufgabenkatalog der Revisionsstelle gehen die Vorstellungen der Kantone auseinander. Es ist darüber hinaus davon auszugehen, dass die Krankenversicherer einen kleineren Aufgabenkatalog anstreben, als die GDK vorschlägt. Das BAG wird wohl einen Kompromiss suchen. Es ist auch offen, ob die Kantone der Revisionsstelle zusätzliche Aufgaben geben können, oder ob der Aufgabenkatalog der Bundesverordnung abschliessend ist.

Einige Kantone wollen selber revidieren, andere wollen den Auftrag extern vergeben. Die Schaffung einer gesamtschweizerischen Revisionsstelle wurde innerhalb der GDK noch nicht diskutiert. Die GDK geht davon aus, dass die Versicherer die Kosten der Revisionsstelle finanzieren müssen. Schliesslich wollen sie Geld von den Kantonen und müssen daher die Richtigkeit ihrer Forderungen belegen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Krankenversicherer eine andere Haltung vertreten werden. Somit ist zur Zeit auch die Finanzierung der Revisionsstelle noch offen und wird vermutlich noch Gegenstand politischer Auseinandersetzungen sein. Die Finanzierung sollte in der Verordnung des Bundes für alle Kantone einheitlich gelöst werden.

Der Regierungsrat kann die zuständige kantonale Behörde und die Revisionsstelle somit erst bestimmen, wenn die Bundesverordnung vorliegt. In Bezug auf § 6c Abs. 2 stellt sich das Problem, dass noch nicht klar ist, ob der Bund den Kantonen überhaupt die Möglichkeit einräumt, der Revisionsstelle zusätzliche Aufgaben zu übertragen. So wie Absatz 2 jetzt formuliert ist, müsste vorausgesetzt sein, dass in der Bundesverordnung ein entsprechender Spielraum offen gelassen wird. Hier muss nach der Vernehmlassung allenfalls noch eine Anpassung erfolgen. Es ist aber davon auszugehen, dass alles übrige in der bundesrätlichen Verordnung geregelt wird, so dass kein weiterer Handlungsbedarf besteht.

#### **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. Die Kommission Prämienverbilligung wird die Lösung weiter konkretisieren und anschliessend mit Santésuisse Gespräche aufnehmen.

#### **4.6 § 8 Abs. 2<sup>bis</sup> 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.

#### **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 3 Monaten ab Inkrafttreten der Gesetzesänderung aufgehoben. Danach haben die Sozialhilfebehörden im Jahr des Inkrafttretens der Gesetzesänderung bis Ende März Zeit, unter dem alten Recht angefallene Wegkäufe zu tätigen.

#### **4.13 Umgang mit altrechtlichen Leistungsaufschüben**

Der Kanton übernimmt 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, 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 ein Betrag von 21.1 Millionen Franken pro Jahr. Zur Finanzierung des Anteils von 85 % dieser Kosten muss der Kanton schätzungsweise 17 Millionen Franken aufwenden. Das entspricht einem jährlich wiederkehrenden Mehraufwand gegenüber der bestehenden Regelung von 16 Millionen Franken. Dieser Betrag 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 noch 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 Anfang 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 vermieden, dass die Prämienverbilligung im Jahr 2012 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 %. Erfahrungsgemäss dauert es von der ersten Mahnung bis zur Ausstellung eines Verlustscheins 6 bis 9 Monate. Die Krankenversicherer werden deshalb frühestens im Herbst 2012 erste Forderungen anmelden. Es wird davon ausgegangen, dass im Übergangsjahr 2012 Forderungen von schätzungsweise 5 Mio. Franken angemeldet werden. Der Kanton muss davon einen Anteil von 87 % oder 4.35 Mio. Franken übernehmen anstelle von 4.25 Mio. Franken (=85 %). Die damit verbundenen Mehrkosten belaufen sich somit auf 100'000 Franken. Das sind 860'000 Franken weniger als bei der Umstellung des Auszahlungssystems per 1.1.2012. Insgesamt resultiert 2012 gegenüber der geltenden Regelung ein Mehraufwand von 3.35 Mio. Franken.

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 an und beläuft sich auf 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 33'000 Franken (30 Stellenprozent). Für die Revisionsstelle wird mit einem jährlichen Aufwand von 180'000 Franken gerechnet (100 Stellenprozent). 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 4'000 Meldungen über Versicherte bewirtschaften, gegen die ein Fortsetzungsbegehren gestellt wurde, und die kommunalen Sozialhilfebehörden entsprechend informieren. Beim Kantonalen Sozialamt ist für diese Aufgaben mit einem jährlichen Aufwand von ca. 33'000 Franken (30 Stellenprozent) ab 2012 zu rechnen.

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

<b>Einmaliger Mehraufwand (Mio. Franken)</b>		
	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Übernahme von 87 % der offenen Forderungen im Jahr 2012	3.35	-
Umstellung des Vollzugs bei der Ausgleichskasse	0.3	-
<b>Jährlich wiederkehrender Mehraufwand (Mio. Franken)</b>		
	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Übernahme von 85 % der offenen Forderungen	-	16
Vollzugskosten Ausgleichskasse		0.3
Kosten Revisionsstelle	0.18	0.18
Kosten kantonale Behörde	0.033	0.033
Vollzugskosten Kantonales Sozialamt	0.033	0.033
Total Mehraufwand (einmalig)	3.65	-
Total Mehraufwand (jährlich wiederkehrend)	-	16.546

## 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,

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Der Landschreiber:

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