

Sitzung vom 28. August 1996

2610. Anfrage (Krankenkassenprämien, Krankenkassenleistungen und Ergänzungsleistungen)

Kantonsrätin Crista D. Weisshaupt Niedermann, Uster, hat am 10. Juni 1996 folgende Anfrage eingereicht:

Die Herausnahme der Krankenkassenprämien aus der Anspruchsberechnung der EL seit dem 1. Januar 1996 hat bei den betagten EL-Bezügerinnen und -Bezügern zu grosser Unsicherheit und unnötigen Sorgen geführt, da diese nicht direkt bei den AHV-Zweigstellen der Gemeinden beantragt werden können und an vielen Orten die entsprechenden Beträge immer noch nicht ausbezahlt worden sind. Bei vielen Betagten sind jetzt bereits finanzielle Engpässe entstanden.

Dieses Problem wird sich noch verschärfen, seit die Krankenkassen 1996 teilweise und ab 1997 die gesamten Pflegekosten aus der Grundversicherung übernehmen müssen und die Pflegekosten nicht mehr über die EL erstattet werden.

Das bisherige Vorgehen der Krankenkassen, von den erstattungspflichtigen Pflegekosten zuerst die Franchise und die 10% Selbstbehalt abzuziehen, lässt eine neue, zumindest zeitlich verschobene Einkommenslücke bei den betroffenen EL-Bezügerinnen und -Bezügern entstehen. Obwohl der Anteil an der Franchise und der Selbstbehalt bei der EL wieder geltend gemacht werden können, geht den Betagten der Überblick über ihre finanzielle Situation verloren. Die bereits bestehende Verunsicherung ist damit noch grösser geworden.

- Konnten die Betagten vor 1996 ihren Anspruch an einer Stelle geltend machen, so müssen sie heute an drei Orten um die notwendige Unterstützung nachsuchen.
- Wurden ihnen die gesamten Summen regelmässig und pünktlich überwiesen, so dass sie ihren finanziellen Verpflichtungen laufend nachkommen konnten, so werden ihnen heute ihre zustehenden Mittel zu verschiedenen Zeitpunkten ausbezahlt.
- Ein ordnungsgemässer Überblick ist vor allem auch für die hochbetagten EL-Bezügerinnen und -Bezüger nicht mehr möglich.
- Auch für die AHV-Zweigstellen wird die Arbeit komplizierter und so unnötig erschwert.

In diesem Zusammenhang bitte ich den Regierungsrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Könnten die Krankenkassenprämien für die Grundversicherung nicht wieder in die Anspruchsberechnung der EL einbezogen und die Prämienverbilligungen zwischen den Gemeinden und dem Kanton am Ende eines Jahres direkt verrechnet werden?
2. Könnte der Kanton bei den Krankenkassen eine Lösung erwirken, dass die Pflegekosten den Betagten ohne Abzug der Franchise und des Selbstbehalts erstattet werden?
3. Wäre es nicht denkbar, dass die Erstattung der Pflegekosten wie bisher über die EL beantragt und den EL-Bezügerinnen und -Bezügern erstattet würden und die Abrechnung mit den Krankenkassen von den Gemeinden direkt erfolgen könnte?

Die durch das KVG erzeugte unbefriedigende Situation für die auf EL angewiesenen Betagten sollte durch geeignete, möglichst einfache Massnahmen entschärft werden. Für eine positive Massnahme wären dem Regierungsrat alle dankbar.

Ich danke dem Regierungsrat für die Beantwortung meiner Fragen.

Auf Antrag der Direktion der Fürsorge
beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Crista D. Weisshaupt Niedermann, Uster, wird wie folgt beantwortet:

1. Der Einbezug der Prämien für die Grundversicherung in die Berechnung des individuellen Anspruchs auf Ergänzungsleistungen (EL) ist im Bundesrecht geregelt. Eine ent-

sprechende Regelung galt bis Ende 1995. Die für die Grundversicherung bezahlten Prämien konnten bei der Anspruchsberechnung von den anrechenbaren Einnahmen in Abzug gebracht werden.

Mit der Inkraftsetzung des neuen KVG auf den 1. Januar 1996 ist diese Abzugsfähigkeit der Prämien aufgehoben worden (Änderung von ELG Art. 3 Abs. 4 Bst. d und Art. 3 Abs. 4bis). Als Ersatz für den Wegfall sollten die EL-Einkommensgrenzen einmalig um einen bestimmten Betrag erhöht werden, ebenso der Betrag für die persönlichen Auslagen für Heimbewohner (ELG Art. 2 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1bis). Nach der Verordnung des Bundes vom 13. September 1995 über die Erhöhung der Einkommensgrenzen infolge Einführung der Prämienverbilligung im KVG hat die Erhöhung der voraussichtlichen Nettoprämie zu entsprechen, welche die Bezügerinnen und Bezüger von EL im Jahr 1996 im Durchschnitt zu zahlen haben.

Der Kanton Zürich hat darum auf den 1. Januar 1996 die Einkommensgrenzen pro Person um Fr. 100 erhöht.

Dem Vernehmen nach strebt das Eidgenössische Departement des Innern an, die neue Regelung mit der bevorstehenden 3. ELG-Revision wieder aufzuheben. Bis dahin will der Bundesrat eine Zwischenlösung verwirklichen. Er hat die Verordnung vom 13. September 1995 durch eine andere Verordnung ersetzt, die auf den 1. Januar 1997 in Kraft treten soll. Danach sollen die bundesrechtlichen Einkommensgrenzen um den Betrag der kantonalen Durchschnittsprämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ohne Abzug der Prämienverbilligung erhöht werden. Dazu soll eine Mindesthöhe der EL eingeführt werden, die der Höhe der Prämienverbilligung entspricht, auf welche die betreffende Person Anspruch hat. Auf die im Einzelfall tatsächlich bezahlten Prämien kommt es wie bei der gegenwärtig geltenden Lösung nicht an. Es wird davon ausgegangen, dass EL-Bezügerinnen und -Bezüger in einer Krankenkasse mit hohen Prämien die Kasse wechseln können. Den Kantonen wird die Möglichkeit eingeräumt, in der Abrechnung über die Prämienverbilligung für die EL-Bezügerinnen und -Bezüger gegenüber dem Bund diejenigen Beiträge einzusetzen, die analog für sonstige Empfängerinnen und Empfänger von Prämienverbilligungsbeiträgen in den gleichen Einkommenskategorien gelten.

Diese Neuerungen verursachen den EL-Durchführungsstellen der Gemeinden grosse Probleme. Es ist nicht möglich, die Neuerungen auf den 1. Januar 1997 überall einzuführen, vor allem wegen aufwendiger EDV-Umprogrammierungen. Die Verknüpfung der EL-Abrechnung mit derjenigen über die Prämienverbilligung ist praktisch nicht durchführbar. Zu beachten ist ferner, dass die Berechnungsweisen der vergangenen Jahre weiterhin angewendet werden müssen, um rückwirkende Ansprüche zu berechnen, insbesondere bei Revisionen infolge nachträglich bekannt gewordener Tatsachen. Ein weiterer Systemwechsel nach so kurzer Zeit und mit nur vorübergehender Geltungsdauer wäre nicht zuletzt auch für die EL-Berechtigten kaum verständlich. Der Regierungsrat bevorzugt daher statt einer erneuten Änderung des Abrechnungssystems eine möglichst rasche Wiedereinführung der alten, bis Ende 1995 gültigen Regelung. Bis dahin möchte er an der heutigen Lösung festhalten. In Verhandlungen mit dem Bundesamt für Sozialversicherung soll diese Möglichkeit geklärt werden.

2. Art. 64 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) bestimmt, dass sich die Versicherten an den für sie erbrachten Leistungen finanziell beteiligen müssen. Die Beteiligung besteht einmal in einem festen Jahresbetrag, der sogenannten Franchise, die mindestens Fr. 150 im Jahr beträgt. Zusätzlich dazu hat der Versicherte 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) bis höchstens Fr. 600 pro Jahr zu übernehmen. Schliesslich kann zudem aufgrund von Art. 64 KVG ein Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital verlangt werden. Eine Ausnahme ist gemäss Art. 64 Abs. 7 KVG lediglich für Leistungen bei Mutterschaft vorgesehen. Für alle anderen Leistungen haben somit die Versicherer von Bundesrechts wegen eine Kostenbeteiligung zu verlangen. Der Kanton kann für die EL-Bezüger davon keine Ausnahme machen. Art. 64 Abs. 6 KVG ermächtigt lediglich den Bundesrat, für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung aufzuheben.

3. Über die bundesrechtlich bestimmten Leistungsgrenzen hinaus können keine Pflegekosten übernommen werden, auch nicht vorschussweise. Eine weitergehende Lösung müsste im Rahmen einer ELG-Revision angestrebt werden. Die Durchführungsstellen der Gemeinden wären zudem überfordert, wenn sie die Abrechnung mit den Krankenkassen anstelle der Krankenversicherten in eigener Verantwortung, aber auf fremde Rechnung abwickeln müssten.

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Husi