

ANFRAGE von Crista D. Weisshaupt Niedermann (SP, Uster)

betreffend Einführung des neuen KVG per 1.1.1996, sowie Aufhebung des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenkassen- und Unfallversicherung (Antrag des Regierungsrates Vorlage Nr. 3436 vom 1.2.95)

Zur Zeit stehen noch viele wichtige Verordnungen des Bundes zum neuen KVG aus. Aus diesem Grunde erscheint es mir falsch, wenn der Kanton Zürich in einzelnen Bereichen vordringt und Sachbereiche zum Voraus regelt, die u.U. mit den noch ausstehenden Verordnungen zum KVG in Konflikt kommen könnten.

In den Erläuterungen des Bundes zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfes zur Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) wird festgehalten, dass das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV und IV dahingehend geändert wird, dass die Beiträge (Krankenkassenprämien) und der Selbstbehalt an die Arzt- und Arzneikosten nicht mehr bei den Ausgaben für die Berechnungen der EL-Ansprüche angerechnet werden können.

Im Vernehmlassungsentwurf der Gesundheitsdirektion vom 26.1.1995 zur Verordnung über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), Prämienverbilligung, fehlen Bestimmungen wie die Prämienverbilligung und der Anteil an den Arzt- und Arzneikosten im Rahmen dieser Verordnung geregelt werden soll.

Dieses Problem erscheint mir insofern wichtig, weil im Kanton Zürich rund 24'000 Ergänzungsleistungsberechtigte (Statistik Bundesamt für Sozialversicherung, März 1993) von den neuen Bestimmungen betroffen sein werden. Die Mehrheit der EL-Berechtigten befinden sich in derart schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen, dass sie die Krankenkassen-Prämien (KK-Prämien) und den Selbstbehalt nicht bezahlen können.

Zu diesen Thema stellen sich folgende Fragen:

1. Wenn nicht mehr über die EL abgerechnet werden kann, wer übernimmt diese Prämien?
2. Übernimmt der Kanton bei diesen EL-Berechtigten, bei denen das Existenzminimum nicht gewährleistet ist, in Zukunft die ganzen KK-Prämien (bisher nur 40 % über Anteil an EL), (siehe Erläuterungen vom 27.1.1995 des Bundes zur Vernehmlassung zum KVG)
3. Müssen die bisherigen EL-Berechtigten in Zukunft die KK-Prämien bei einer anderen Dienststelle in der Gemeinde beantragen, z.B. bei der Fürsorge? Bestimmt neu dann nicht mehr die AHV-Zweigstelle, ob EL-Berechtigte Anrecht auf Erstattung der KK-Prämie hat? Muss dieses Anrecht bei einer zweiten Dienststelle (Fürsorge) neu ermittelt werden (Verwaltungskosten-Ersparnis)?
4. Bei den EL-Berechtigten handelt es sich vorwiegend um Betagte. Wird für diese Personengruppe die geplanten Neuerungen so kompliziert, dass es menschlich nicht mehr vertretbar wird?

In einem Schreiben vom 27.2.1995 fordert die Gesundheitsdirektion Krankenhäuser, Pflegeheime und Altersheime auf, um sich in eine Liste der öffentlichen Heilanstalten eintragen zu lassen, wenn sie nach dem neuen KVG als Leistungserbringer anerkannt werden soll.

Nach meinen Informationen haben nicht alle Heime diese Aufforderung erhalten. Viele Heime und ihre Träger haben den Sinn dieser Aufforderung nicht verstanden, weil sie sich nicht als "Heilanstalten mit einer Krankenhausbewilligung" verstehen, sondern als Altersheim oder als Pflegeheim, das betagten Menschen die Hilfe angedeihen lässt, die sie benötigen.

Nach Art. 25 KVG haben neu alle Personen Anspruch auf Leistungen aus der Grundversicherung unabhängig vom Ort an dem sie betreut und gepflegt werden. Da die Vernehmlassungsunterlagen zum Leistungskatalog noch nicht vorliegen, ist völlig offen, was die Einzelnen beanspruchen können und wer genau diese Leistungen erbringen kann und wie sie den Leistungserbringern vergütet werden soll.

Es ist daher unverständlich, wenn zum jetzigen Zeitpunkt von den Heimen ein solches Gesuch gestellt werden soll.

Zu diesem Thema stellen sich folgende Fragen:

5. Welche Konsequenzen sind mit dem Eintrag in diese Liste verbunden?
6. Welche Konsequenzen ergeben sich für diejenigen Heime, die die Eintragungen nicht beantragt haben?
7. Mit welchen Folgen müssen die jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner der zwei Heimgruppen rechnen?
8. Wie steht es mit dem Wahlrecht des Versicherten (Art. 41), den Leistungserbringer frei zu wählen?
9. Welche Auswirkungen sind in Bezug auf Art. 50, Tarifverträge mit Heimen zu erwarten?

Mir scheinen diese Fragen von so grosser Tragweite, dass die angeführten Fristen in dem Schreiben ausgesetzt werden sollten.

Für die Beantwortung dieser Fragen danke ich dem Regierungsrat im voraus bestens.

Crista D. Weisshaupt Niedermann