

Interpellation Egger-Berneck (15 Mitunterzeichnende) vom 29. November 2016

Und ewig steigen die Krankenkassenprämien – was sind die wahren Gründe?

Schriftliche Antwort der Regierung vom 24. Januar 2017

Mike Egger-Berneck erkundigt sich in seiner Interpellation vom 29. November 2016 nach den Gründen für die Erhöhung der Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf das Jahr 2017.

Die Regierung antwortet wie folgt:

Im Bereich der OKP weist der Kanton St.Gallen im gesamtschweizerischen Vergleich sowohl ein unterdurchschnittliches Prämienniveau als auch eine unterdurchschnittliche Prämienerhöhung für das Jahr 2017 aus. Die Durchschnittsprämie für Erwachsene erfährt im Kanton St.Gallen auf das Jahr 2017 eine Erhöhung um 4,3 Prozent, während sich diese im gesamtschweizerischen Durchschnitt um 4,5 Prozent erhöht. Erwachsene zahlen somit im Kanton St.Gallen im Jahr 2017 durchschnittlich rund 430 Franken weniger als Erwachsene im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) werden nur kostendeckende Prämien bzw. Prämien, die den Gesundheitskosten entsprechen, genehmigt. Werden mehr Gesundheitsleistungen beansprucht, hat dies höhere Kosten und damit auch höhere Krankenkassenprämien zur Folge.

Zu den einzelnen Fragen:

1. Es sind weder gesamtschweizerische noch kantonale Daten zu den Gesundheitskosten verfügbar, die nach der Nationalität der kostenverursachenden Personen unterscheiden. Die Erhebung solcher Daten bei allen Leistungserbringern kann vom Kanton rechtlich auch nicht durchgesetzt werden. Die Zuständigkeit dafür liegt beim Bund.
2. Sozialhilfebeziehenden Personen werden aufgrund der Gesetzgebung zur Prämienverbilligung die tatsächlichen OKP-Prämien erstattet. Prämien für Zusatzversicherungen werden von den Sozialämtern der Gemeinden nur in Ausnahmefällen übernommen (kostengünstigere Lösung bei einer bereits bestehenden Leistungspflicht des Zusatzversicherers oder bei einer sehr kurzen Unterstützungsperiode) und können beim Betrag für den Grundbedarf in Abzug gebracht werden. Die Prämien für Zusatzversicherungen werden vom Kanton nicht vergütet.

Für dem Kanton St.Gallen zugewiesene und in den kantonalen Asylbewerberzentren untergebrachte Asylsuchende werden vom Migrationsamt keine Zusatzversicherungen abgeschlossen.

3. Die Kantone können für Asylsuchende die Wahl des Versicherers einschränken. Für die in den kantonalen Asylbewerberzentren untergebrachten Asylsuchenden hat das Migrationsamt ab dem Jahr 2013 einen Hausarztmodell-Kollektivvertrag mit der KPT Krankenkasse AG abgeschlossen. In diesem Vertrag werden auch die administrativen Abläufe zwischen dem Migrationsamt und der KPT Krankenkasse AG geregelt. Für die Wahl des Versicherers war neben der Prämienhöhe ein möglichst schlanker administrativer Ablauf (Dienstleistungsqualität, Rechnungsstellung des Leistungserbringers an die Krankenkasse, elektronische Abrechnung usw.) ausschlaggebend. Berücksichtigt wurde auch die Grösse des Versicherers. Die Prämien der Asylsuchenden werden vom Migrationsamt jährlich überprüft. Im Jahr 2017

beträgt die Differenz zur günstigsten Prämie je nach Altersgruppe und Prämienregion monatlich Fr. 9.70 bis Fr. 40.60. Aufgrund dieser grossen Differenz hat das Migrationsamt einen Versicherungsbroker mit vertieften Abklärungen beauftragt. Ergebnisse dieser Abklärungen stehen noch aus.

Ein Wechsel des Versicherers ist für Personen, die in einem Hausarztmodell versichert sind, jeweils nur auf Ende Jahr möglich. Nach einer Umfrage des Migrationsamtes bei den zehn grössten St.Galler Städten und Gemeinden versichern diese die ihnen zugewiesenen Asylsuchenden weiterhin bei der KPT Krankenkasse AG. Grund hierfür sind die gute Zusammenarbeit mit der KPT und der schlanke administrative Ablauf. Lediglich bei einer Gemeinde ist ein Teil der Asylsuchenden bei der Agrisano Krankenkasse AG versichert.

Das Gesundheitsdepartement hat keine umfassende Übersicht über die Bemühungen der Sozialämter der Gemeinden, Sozialhilfebeziehende zum Wechsel zu einer möglichst günstigen OKP-Versicherung anzuhalten. Gestützt auf Erfahrungen des Gesundheitsdepartementes im Zusammenhang mit der Abrechnung der Prämienverbilligung für Sozialhilfebeziehende sind die Anstrengungen der Sozialämter unterschiedlich. Das Engagement erstreckt sich von minimaler Tätigkeit bis hin zu Auflagen, die mit Leistungskürzungen verbunden sein können. Da Sozialhilfebeziehenden im Rahmen der Prämienverbilligung die tatsächlichen OKP-Prämien erstattet werden, fehlen derzeit wirksame Anreize zum Wechsel in ein möglichst günstiges Hausarztmodell. Die Regierung hat den Handlungsbedarf erkannt und im Zusammenhang mit der Festlegung der Eckwerte 2017 für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) beschlossen, einen Entwurf zur Änderung des kantonalen Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung (sGS 331.11; abgekürzt EG-KVG) zu erarbeiten. Mit der Anpassung sollen Sozialhilfebeziehende im Rahmen der Prämienverbilligung künftig nur noch die ordentlichen Referenzprämien erhalten, die sich an den günstigsten Versicherungen – einschliesslich Hausarztmodellen – orientieren. Gleichzeitig soll den Sozialämtern die Möglichkeit eingeräumt werden, die Sozialhilfebeziehenden im Bedarfsfall und soweit dies zumutbar ist, zum Wechsel des Versicherers oder des Versicherungsmodells zu veranlassen.

4. Ambulante ärztliche Leistungen werden über die Tarifstruktur TARMED abgerechnet. Der TARMED-Taxpunktwert beträgt im Kanton St.Gallen für Spitäler und für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Fr. 0.83. Weil immer mehr Patientinnen und Patienten direkt den Spitalnotfall statt ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt aufsuchen (u.a. weil viele Personen gar nicht mehr über eine Hausärztin oder einen Hausarzt verfügen), haben das Ostschweizer Kinderspital, das Kantonsspital St.Gallen und das Spital Linth im Spitalnotfall eine vorgelagerte Notfallpraxis eingerichtet, die von Hausärztinnen und Hausärzten betrieben wird. Das Spital Wil wird im Jahr 2018 eine vorgelagerte Notfallpraxis in Betrieb nehmen und am Spital Wattwil ist eine solche Praxis geplant. Leichtere Fälle werden nach einer angemessenen Erstbehandlung in der Notfallpraxis für weitere Kontrollen an die jeweilige Hausärztin bzw. den jeweiligen Hausarzt überwiesen. Mit dieser Massnahme soll den gesellschaftlichen Erwartungen betreffend Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen entsprochen, gleichzeitig aber verhindert werden, dass zu viele Bagatellfälle im Spitalnotfall behandelt werden. Zur Frage, inwiefern die Inanspruchnahme des Spitalnotfalls bei Bagatellfällen höhere Kosten verursacht, liegen keine Daten vor.
5. Bei ambulanten Spitalbehandlungen wird das Eintrittsmerkmal «Notfall» nicht erfasst und es ist auch im gesamtschweizerisch vorgegebenen Datensatz nicht enthalten. Entsprechende Auswertungen sind daher nicht möglich.