

Medizinische Grundversorgung

M 01

Ziel und Zweck – Grundsätze

Die Gesundheitsversorgung im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG bildet Teil des absoluten Existenzminimums und ist in jedem Fall sicherzustellen.

Besteht ausnahmsweise kein Versicherungsschutz, so sind die Gesundheitskosten gegebenenfalls von der Sozialhilfe zu decken. Dies gilt auch für Selbstbehalte und Franchisen.

Die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) gelten nicht als Sozialhilfe. Sie dürfen daher einem kostenpflichtigen Gemeinwesen gemäss Artikel 3 ZUG nicht in Rechnung gestellt werden.

Vorgehen

Krankenkassenprämien sind gemäss Artikel 3 Ziffer 2b ZUG keine wirtschaftliche Sozialhilfe. Daher ist zunächst durch den Sozialdienst die maximale Prämienverbilligung zu bevorschussen und unverzüglich ein Antrag auf Prämienverbilligung zu stellen. Klienten sind verpflichtet sich durch die Wahl einer günstigen Versicherung oder eines Versicherungsmodells wirtschaftlich zu verhalten. Ist dies nicht der Fall, muss der/die Versicherte die Differenz selber bezahlen. Ein ordentlicher Wechsel der Krankenkasse muss garantiert sein.

Prämien für eine Zusatzversicherung können zulasten der wirtschaftlichen Sozialhilfe übernommen werden, sofern sich im Einzelfall die Bezahlung der Zusatzprämien finanziell lohnt (es gilt hier im Einzelfall eine Kosten-/Nutzenberechnung anzustellen).

Ergibt sich, dass sich solche Kosten im Einzelfall rechtfertigen lassen, werden sie dem kostenersatzpflichtigen Gemeinwesen mit entsprechender Begründung gemeldet und im Rahmen der Quartalsabrechnungen in Rechnung gestellt.

Bemerkungen

Zur medizinischen Grundversorgung gehört ebenfalls die Versorgung mit einer Brille, wenn diese ärztlich verordnet ist oder deren Notwendigkeit durch einen Sehtest eines Optikers nachgewiesen ist. Es werden nur Kosten einfacher Gläser sowie eine Fassung der unteren Preisklasse übernommen. Bestehen Zweifel daran, dass es sich um ein kostengünstiges Angebot handelt, kann der Sozialdienst einen zweiten Kostenvoranschlag verlangen.

Die ordentliche Jahresfranchise von 300 Franken und die Kostenbeteiligungen von 10 % werden im Rahmen der wirtschaftlichen Sozialhilfe übernommen. Wurde ein Vertrag für eine höhere frei wählbare Franchise abgeschlossen, kann diese bis zum nächstmöglichen Kündigungstermin zulasten der wirtschaftlichen Sozialhilfe übernommen werden. Hierauf kann nur noch die ordentliche Jahresfranchise übernommen werden. Die Differenz zu der gewählten Franchise wäre durch den Klienten/die Klientin zu bezahlen.

Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrags des Selbstbehalts. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehalts für eine erwachsene Person zu entrichten (Art. 64 KVG).

Grundlagen

- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)
- Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
- Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe vom April 2005 (SKOS-Richtlinien)
- Reglement vom 26. September 2006 über die Prämienverbilligung für die Krankenpflege-Grundversicherung (RB 20.2213)

Praxis

Krankenkassenprämien

In der Regel nicht einzurechnen sind Krankenkassenprämien (SKOS-Richtlinien B.4.1). Für die Krankenkassenprämien ist gemäss Reglement die Prämienverbilligung beim Amt für Gesundheit geltend zu machen.

Sobald Personen wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, beantragt der Sozialdienst die Prämienverbilligung beim Kanton. Auch wenn das Gesuch der Prämienverbilligung durch die hilfesuchende Person schon eingereicht wurde, muss das zuständige Sozialhilfeorgan die Prämienverbilligung einreichen, da sie die volle im Kanton errechnete Richtprämie vergütet bekommt. Die Auszahlung für Personen, die wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, erfolgt an den entsprechende Sozialdienst zu Gunsten der unterstützten Person..

Für Medikamente müssen Patientinnen und Patienten seit 1. Januar 2006 auf Originalpräparate einen Selbstbehalt von 20 % bezahlen. Daher ist die Klientschaft darauf aufmerksam zu machen, jeweils die billigeren Generikas zu verlangen, auf die in der Regel lediglich 10 % Selbstbehalt zu entrichten ist.

Personen, die in einem Einpersonenhaushalt leben, müssen pro Spitaltag einen Selbstbehalt von 10 Franken bezahlen, der im Rahmen der wirtschaftlichen Sozialhilfe übernommen wird. Keinen Beitrag zu entrichten haben Versicherte, welche mit einer oder mehreren Personen, mit denen sie in einer familienrechtlichen Beziehung stehen, in gemeinsamen Haushalt leben (Art. 104 Abs. 2 KVV). Falls fälschlicherweise die Krankenkasse diesen Kostenbeitrag verrechnet, ist sie schriftlich darauf aufmerksam zu machen, dass die Person in einem Mehrpersonenhaushalt lebt und dass die Rechnung entsprechend zu korrigieren ist.

Querverweise (im Handbuch selbst)

Arztrechnungen - Haftung des Gemeinwesens (A 07)

Zahnärztliche Kosten (Z 01)