

**Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung
(KVV)**

Änderungen vorgesehen für den 1. Januar 2012

Kommentar und Inhalt der Änderungen

Bern, Juni 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Die Revision im Überblick	3
3	Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln	4
4	Inkraftsetzung	13

1 Einleitung

Artikel 64a KVG wurde von den Eidgenössischen Räten am 18. Juni 2005 verabschiedet und ist am 1. Januar 2006 in Kraft getreten. Mit Artikel 64a Absatz 2 KVG wurde das Prinzip des Aufschiebs der Kostenübernahme für Leistungen eingeführt, wenn die versicherte Person trotz Mahnung innerhalb der gewährten Frist keine Zahlung vorgenommen hat und im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt worden ist. In Anbetracht der verschiedenen praktischen Probleme, mit denen sich sowohl die Kantone als auch die Krankenversicherer bei der Umsetzung der genannten Bestimmung konfrontiert sahen, legte der Bundesrat eine umfassendere Regelung (Art. 105a–105e KVV) über das Mahn- und Betreibungsverfahren sowie die anzuwendenden Fristen vor. Die Regelung ist am 1. August 2007 in Kraft getreten.

Am 25. März 2009 unterbreitete die Bundesverwaltung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) einen Entwurf zur Revision der Artikel 64a und 65 KVG, auf welchen sich das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) unter teilweiser Zustimmung von *santésuisse* geeinigt hatten. Auf dieser Grundlage beschloss die SGK-N einstimmig eine Kommissionsinitiative, welcher die Schwesterkommission des Ständerates am 11. Mai 2009 ebenfalls einstimmig ihre Zustimmung erteilte.

Die Änderung sieht zusammengefasst vor, die Leistungssistierung aufzuheben und die Kantone zur Übernahme eines Grossteils der Forderungen, die zur Ausstellung eines Verlustscheines geführt haben, zu verpflichten. Um zu verhindern, dass die Versicherten, welche Prämienverbilligungen beziehen, diese für andere Zwecke verwenden, wurden alle Kantone mit einer Revision von Artikel 65 KVG verpflichtet, die Prämienverbilligungen direkt den Krankenversicherern auszurichten. Das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Art. 21a) wurde entsprechend angepasst.

Die Revision der Artikel 64a und 65 KVG wurde von den Eidgenössischen Räten am 19. März 2010 verabschiedet. Das Datum der Inkraftsetzung wird der Bundesrat festlegen. Dieses ist für den 1. Januar 2012 vorgesehen.

2 Die Revision im Überblick

In Artikel 96 KVG wird der Erlass der zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Ausführungsbestimmungen an den Bundesrat delegiert.

2.1 Der neue Artikel 64a KVG ermächtigt den Bundesrat (Art. 64a Abs. 8 und 9 KVG) zum Erlass von Bestimmungen in folgenden Bereichen:

- Regelung der Aufgaben der vom Kanton bezeichneten Revisionsstelle, um die Richtigkeit der vom Versicherer übermittelten Angaben zu bestätigen;
- Bezeichnung der einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel;
- Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens;
- Einzelheiten der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone;
- Einzelheiten der Zahlungen der Kantone an die Versicherer;
- Situation der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen.

Ausserdem wurde es dem freien Ermessen der Kantone überlassen, nach Artikel 64a Absatz 7 KVG versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen und für diese Personen die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen aufzuschieben. Es ist folglich Sache der Kantone, im Rahmen ihrer Gesetzgebungen die notwendigen Bestimmungen zu erlassen, wenn sie die von Artikel 64a Absatz 7 KVG eingeräumte Möglichkeit nutzen wollen.

2.2 Was die Prämienverbilligungen betrifft, werden die Kantone verpflichtet, sie direkt den Versicherern, bei denen die Berechtigten versichert sind, auszuzahlen. Zudem wird dem Bundesrat mit dem neuen Artikel 65 KVG die Kompetenz erteilt, die Einzelheiten des Datenaustausches zwischen den Kantonen und den Versicherern nach einem einheitlichen Verfahren zu regeln (Art. 65 Abs. 2 KVG).

3 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln

3a. Kapitel: Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 105b Mahnverfahren

Absatz 1: Bei Nichtbezahlung ausstehender Prämien und Kostenbeteiligungen stellt der Versicherer der versicherten Person eine Zahlungsaufforderung zu. Diese darf sich nur auf die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG geschuldeten Beträge beziehen. Sie darf sich nicht auf anderen Forderungen, die beispielsweise aus der Nichtbezahlung von Zusatzversicherungsprämien entstehen, beziehen.

Absatz 2: Bestimmung unverändert (Art. 105b Abs. 3 aktuell)

Art. 105c Ausschluss der Verrechnung

Das bisher in Artikel 105c Absatz 5 KVV verankerte Verbot der Verrechnung der Versicherungsleistungen mit ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen wurde in diese Bestimmung übernommen. Dieses Verrechnungsverbot ist weiterhin gerechtfertigt, denn auf diese Weise lässt sich verhindern, dass die Versicherer ihre Forderungen gleichzeitig über die Verrechnung mit Versicherungsleistungen und über Zahlungen durch den Kanton begleichen können, was sowohl bei den Kantonen als auch bei den Versicherern und Versicherten zu Unklarheiten führen würde.

Art. 105d Meldung der zuständigen kantonalen Behörde

Der Kanton gibt dem Versicherer an, bei welcher kantonalen Behörde dieser die Betreibungen (Art. 105e) und Verlustscheine (Art. 105f) melden soll.

Art. 105e Meldungen über Betreibungen

Absatz 1: Damit die Kantone vor allem im Falle einer eindeutigen Zahlungsunfähigkeit der Versicherten (z. B. bei sozialhilfeabhängigen Personen) vorzeitig eingreifen können und nicht die Ausstellung eines Verlustscheines abwarten müssen, geben ihnen die Versicherer die Personendaten der betriebenen Schuldnerinnen und Schuldner bekannt, die erlauben, diese zu identifizieren: Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Wohnsitz und Versichertennummer der AHV.

Absatz 2: Der Kanton kann den Versicherer anhalten, das Betreibungsverfahren nicht fortzusetzen, bis dass er entschieden hat, ob er die Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt, um unnötigen Betreibungen und Betreibungskosten zu vermeiden.

Art. 105f Meldungen über Verlustscheine

Absatz 1: Indem die zuständige kantonale Behörde zu Ende jedes Quartals über die Entwicklung der im laufenden Jahr ausgestellten Verlustscheine orientiert wird, können die Kantone ihre künftigen finanziellen Verpflichtungen gegenüber den Krankenversicherern besser abschätzen.

Absatz 2: Nach dieser Bestimmung müssen die Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde bis zum 31. März des der Ausstellung der Verlustscheine folgenden Jahres die Endabrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine mitteilen. Die Abrechnung enthält eine Zusammenstellung der Gesuche um Übernahme der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes sowie eine Zusammenstellung der Rückerstattungen gemäss Artikel 64a Absatz 5 des Gesetzes. Dabei darf der Versicherer nur die folgenden Ausstände berücksichtigen:

- Prämien sowie getrennt die Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- Betreibungs- und Konkurskosten nach den Artikeln 68 und 169 SchKG;
- Verzugszinsen nach Artikel 105a, die im Verlustschein ausgewiesen sind.

Art. 105g Personendaten

Absatz 1: Die Auflistung der Personendaten, welche die Versicherer und die Kantone für den Austausch der erforderlichen Informationen benötigen, stützt sich auf Artikel 6 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die Harmonisierung der Einwohnerregister und anderer amtlicher Personenregister (Registerharmonisierungsgesetz, RHG; SR 431.02). Zur Identifikation der betroffenen Personen sind die folgenden Angaben notwendig: Der Vorname, der Name, das Geschlecht, das Geburtsdatum und die AHV-Versichertennummer.

Art. 105h Datenaustausch

Das Departement kann die technischen und organisatorischen Vorgaben für den Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern festlegen. In Anlehnung an Artikel

106d Absatz 1 würde dieser Standard nach Anhörung der Kantone und der Versicherer erarbeitet werden.

Art. 105i **Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel**

Um der spezifischen Situation bestimmter Personengruppen Rechnung tragen zu können, werden Verfügungen über Empfang von Ergänzungsleistungen oder ähnliche Rechtstitel, welche die Mittellosigkeit der Versicherten belegen, den Verlustscheinen gleichgestellt. Der Kanton hat die Kompetenz, die entsprechenden Rechtstitel zu bezeichnen.

Art. 105j **Revisionsstelle**

Absatz 1: Da der Kanton 85 % der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt, die zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben, musste ein Instrument vorgesehen werden, mit dem sich die Richtigkeit der vom Versicherer übermittelten Angaben bezüglich der in einem Verlustschein ausgewiesenen Forderungen sicherstellen lässt. Die Kantone haben nach Artikel 64a Absatz 3 KVG zu diesem Zweck eine entsprechende Revisionsstelle zu bestimmen. Dabei kann es sich entweder um eine interne Revisionsstelle der kantonalen Verwaltung oder um ein externes Kontrollorgan handeln.

Absatz 2: Die Revisionsstelle überprüft auch die Angaben der Versicherer bezüglich der Rückerstattung, welche Letztere zugunsten des Kantons nach Artikel 64a Absatz 5 KVG vornehmen müssen, wenn die versicherte Person nach der Ausstellung eines Verlustscheines ihre Schulden ganz oder teilweise beglichen hat.

Absatz 3: Da das Gesetz die Finanzierung der vom Kanton bestimmten Revisionsstelle nicht ausdrücklich regelt, wird hier ein Kompromiss vorgesehen: die Kosten für die Tätigkeiten der Revisionsstelle gehen nur zu Lasten des Kantons, wenn er eine andere Revisionsstelle bezeichnet als die Revisionsstelle des Versicherers nach Artikel 86 KVV, welche die ordentliche jährliche Revision durchführt.

Art. 105k **Zahlungen der Kantone an die Versicherer**

Absatz 1: Nach Eingang der Personendaten und der Meldungen über die Verlustscheine übermittelt der Kanton seinerseits dem Versicherer die Personendaten der Versicherten, für welche er 85 % der Ausstände übernehmen wird.

Absatz 2: Die Frist für die Zahlung der Kantone an die Versicherer wird auf den 30. Juni festgesetzt. Dieselbe Frist gilt für den Versicherer, um dem Kanton die Hälfte des eingekommenen Betrages zurückzuerstatten, wenn die versicherte Person nach der Ausstellung eines Verlustscheines ihre Schuld vollständig oder teilweise bezahlt (Art. 64a Abs. 5 KVG).

Absatz 3: Falls eine rückwirkende Prämienverbilligung ausgerichtet wurde, welche durch einen Verlustschein gedeckt ist, welcher dem Kanton in Rechnung gestellt wurde, und wenn die Mitteilung der Prämienverbilligung dem Versicherern vor der Schlussabrechnung

mitgeteilt wurde, zieht der Versicherer die Prämienverbilligung von der Schlussabrechnung ab. So wird vermieden, dass der Kanton die 85% derjenigen Prämie übernimmt, für deren Bezahlung er bereits eine Prämienverbilligung ausgerichtet hat.

Art. 105l **Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit**

Absatz 1: Da das für säumige Versicherte geltende Verbot, den Versicherer zu wechseln, unverändert aus Artikel 64a Absatz 4 KVG in Artikel 64a Absatz 6 KVG übernommen wurde, erfährt diese Ausführungsbestimmung abgesehen vom angepassten Verweis auf Artikel 64a Absatz 6 KVG keine Änderung.

Absatz 2: Die Modalitäten für die Aufhebung des Rechts auf einen Versichererwechsel werden unverändert aus dem bisherigen Artikel 105d Absatz 2 KVV übernommen.

Absatz 3: Wenn die Begleichung der ausstehenden Beträge nicht fristgerecht erfolgt, muss der Versicherer die versicherte Person davon in Kenntnis setzen, dass sie nach wie vor bei ihm versichert ist und den Versicherer frühestens auf den nächstmöglichen gesetzlichen Termin wechseln kann, sofern sie mit den Zahlungen nicht mehr im Rückstand ist. Die Bestimmung wurde in dem Sinne ergänzt, als der neue Versicherer, dem die versicherte Person zwischenzeitlich beigetreten ist, ebenfalls darauf hinzuweisen ist, dass die versicherte Person den Versicherer nicht wechseln kann. Durch diese Information lassen sich für den neuen Versicherer unnötige administrative Kosten in Grenzen halten und Unannehmlichkeiten vermeiden, die ein offensichtlich doppelter Versicherungsbeitrag für die versicherte Person mit sich bringen würde. Für den diesbezüglichen Datenaustausch zwischen den betroffenen Versicherern wurde eine Frist von 60 Tagen festgesetzt.

Art. 105m **Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen**

Bei den versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU-Staat), in Island oder in Norwegen wohnen, handelt es sich um die Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die Rentnerinnen und Rentner jeweils mit ihren nichterwerbstätigen Familienangehörigen, um die nichterwerbstätigen Familienangehörigen von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern und um die Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörigen. Dabei geht es um eine kleine Personengruppe. Im Jahre 2010 umfasst sie rund 29'000 Versicherte, davon sind rund 23'000 Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen und rund 5'000 Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen.

Mit dem Freizügigkeitsabkommen, das die Schweiz mit der Europäischen Union und ihren Mitgliedstaaten abgeschlossen hat und mit dem Abschluss des EFTA-Abkommens mit den EFTA-Staaten hat die Schweiz das europäische Koordinationsrecht im Sozialversicherungsbereich übernommen: der Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen und der Anhang K (Anlage 2) des EFTA-Abkommens beziehen sich insbesondere auf die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71. Ein wichtiges Prinzip dieses Koordinationsrechts ist das Diskriminierungsverbot. Deshalb dürfen die Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, gegenüber den Versicherten, die in der Schweiz wohnen, nicht diskriminiert werden

(siehe Art. 3 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, Art. 2 des Freizügigkeitsabkommens und Art. 2 von Anhang K des EFTA-Abkommens). Aus diesem Grunde sind die Bestimmungen von Artikel 64a des Gesetzes so weit wie möglich auch auf die EU-/EFTA-Versicherten anwendbar. Der Bundesrat muss beim Erlass der Bestimmungen die in den Absätzen 1 bis 8 von Artikel 64a KVG festgelegten Regelungen so weit wie möglich berücksichtigen. Dazu ist er gestützt auf das Freizügigkeitsabkommen und das EFTA-Abkommen verpflichtet.

Artikel 64a des Gesetzes kann nur auf die Versicherten, die in einem EU-Staat, in Island oder in Norwegen wohnen, angewendet werden, wenn die Krankenversicherer bei ihnen das Betreibungsverfahren durchführen können. Im Verhältnis zu Deutschland, wo im Jahre 2010 rund 18'000 in der Schweiz versicherte Personen wohnten, ist der Einzug von Beitragsforderungen aus einem Sozialversicherungszweig bereits heute möglich. Die neuen Gemeinschaftsverordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009, auf deren Basis die Staaten ihre Sozialversicherungssysteme koordinieren und die in den EU-Staaten am 1. Mai 2010 in Kraft getreten sind, enthalten Regelungen über die Durchführung des Betreibungsverfahrens in einem anderen Staat. Wann diese Gemeinschaftsverordnungen in der Schweiz in Kraft treten werden, ist noch nicht bekannt. Zudem wird für die reibungslose Durchführung des Betreibungsverfahrens mit einigen Staaten der Abschluss von ergänzenden Vereinbarungen erforderlich sein. Die Krankenversicherer können also (noch) nicht bei allen Versicherten das Betreibungsverfahren durchführen. Aus diesen Gründen rechtfertigt es sich, unterschiedliche Regelungen vorzusehen, je nach dem, ob es nach dem Recht des Staates, in dem die versicherte Person wohnt, für den schweizerischen Versicherer möglich ist, die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einzubringen (*Absatz 1*) oder (noch) nicht (*Absatz 2*).

Absatz 1: Ist es nach dem Recht des Staates, in dem die versicherte Person wohnt, für den schweizerischen Versicherer möglich, die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einzubringen, dann ist Artikel 64a des Gesetzes mit Ausnahme der nachfolgend erwähnten Abweichung anwendbar.

Wie bei der Kontrolle der Versicherungspflicht und der Prämienverbilligung, wo unterschiedliche Regelungen getroffen wurden für Personen mit einem aktuellen Anknüpfungspunkt an einen bestimmten Kanton und für Personen ohne aktuellen Anknüpfungspunkt an die Schweiz, drängt sich auch bei der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen eine solche Aufteilung auf.

Buchstabe a: Bei Personen mit einem aktuellen Anknüpfungspunkt an einen bestimmten Kanton, dazu gehören die Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen, die nichterwerbstätigen Familienangehörigen von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern und die Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörigen, sind Artikel 64a Absätze 1 bis 7 des Gesetzes und die Bestimmungen von Artikel 105b bis 105l KVV anwendbar. In diesen Fällen übernimmt auch der zuständige Kanton 85 Prozent der Forderungen. Derjenige Kanton, in dem die erwerbstätige Person ihren Wohnort oder, wenn sie in einem EU-Staat wohnt, ihren Arbeitsort hat, ist sowohl für die erwerbstätige Person als auch für deren Familienangehörige zuständig. Bei den Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörigen ist der Kanton am letzten Wohn- oder Arbeitsort der arbeitslosen Person zuständig.

Buchstabe b: Bei den Rentnerinnen und Rentnern und ihren nichterwerbstätigen Familienangehörigen, die keinen aktuellen Anknüpfungspunkt mehr an die Schweiz haben

und deshalb keinem Kanton zugeordnet werden können, kann gestützt auf Artikel 64a des Gesetzes nur der zuständige Krankenversicherer für die Übernahme der ausstehenden Forderungen herangezogen werden. Der Krankenversicherer kann die entsprechenden Verluste bei der nächsten Prämienfestlegung berücksichtigen. Da es keine gesetzliche Grundlage gibt, kann nicht dem Bund die Finanzierung dieser Aufgabe übertragen werden. Deshalb sind auf diese Versicherten nur der Artikel 64a Absätze 1, 2 und 6 des Gesetzes und die Bestimmungen von Artikel 105b und 105l KVV anwendbar.

Absatz 2: Ist es nach dem Recht des Staates, in dem die versicherte Person wohnt, für den schweizerischen Versicherer (noch) nicht möglich, die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einzubringen, dann ist es gerechtfertigt, in solchen Fällen den Krankenversicherern, nachdem sie das Verfahren nach Artikel 64a Absatz 1 des Gesetzes durchgeführt haben, weiterhin die Möglichkeit zu gewähren, die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufzuschieben. Im Unterschied zur bisherigen Regelung sind die Krankenversicherer nicht verpflichtet, die Leistungen aufzuschieben, es handelt sich lediglich um eine Kann-Bestimmung. Wie bisher muss der Krankenversicherer gleichzeitig die versicherte Person und den zuständigen aushelfenden Träger am Wohnort über den Aufschub benachrichtigen, damit dieser nicht weiterhin Leistungen ausrichtet. Auch die Voraussetzungen für die Beendigung des Aufschubs werden wie bisher geregelt. Bei dieser Personengruppe dürfen die Krankenversicherer während eines Aufschubs der Übernahme der Kosten wie bisher die Leistungen mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

4. Kapitel: Prämienverbilligung durch die Kantone

1. Abschnitt (neuer Zwischentitel): Anspruchsberechtigte

Der Anspruch auf Prämienverbilligung nach Artikel 65 KVG wurde nicht geändert. Deshalb bleiben auch die diesbezüglichen Artikel 106 und 106a unverändert. Sie werden einem neuen Abschnitt "Anspruchsberechtigte" zugeordnet, um die Übersicht zu verbessern.

2. Abschnitt: Durchführung der Prämienverbilligung

Heute zahlen die Kantone die Prämienverbilligung unterschiedlich aus: die Mehrheit der Kantone überweist sie den Versicherern, mehrere Kantone zahlen sie den Versicherten, einige Kantone verrechnen sie mit Steuern. Der neue Artikel 65 Absatz 1 KVG schreibt den Kantonen vor, den Beitrag für die Prämienverbilligung direkt dem Versicherer zu bezahlen, bei dem die beitragsberechtigte Person versichert ist. Dazu wird in der vorliegenden Verordnung neu ein Meldeverfahren zwischen Kanton und Versicherer vorgesehen.

Art. 106b Meldungen des Kantons

Absatz 1: Neu wird vorgeschrieben, dass der Kanton eine einzige Stelle bestimmt, welche die Daten mit den Versicherern nach Artikel 65 Absatz 2 des Gesetzes austauscht. Indem die Versicherer die Meldungen mit einer Stelle je Kanton austauschen, wird ihre Zusammenarbeit mit den Kantonen vereinfacht.

Absatz 2: Der Kanton teilt dem einzelnen Versicherer mit, welchen versicherten Personen, mit welchem Betrag und für welchen Zeitraum er die Prämien verbilligt. Den Betrag gibt er je berechnete Person und Monat auf fünf Rappen gerundet, den Zeitraum gibt er in Monaten an. Dabei meldet er 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 (neuer Art. 65 Abs. 4^{bis} KVG).

Absatz 3: Die Kantone haben das Verfahren der Prämienverbilligung unterschiedlich geregelt. Deshalb soll jeder Kanton die Termine für die Meldungen der Versicherer nach Artikel 106c Absätze 1 und 2 sowie die Lieferung der Jahresabrechnung nach Artikel 106c Absatz 3 selber festlegen. Ebenso soll der Kanton Termine für seine Meldungen nach Artikel 106b Absatz 2 festlegen, damit die Versicherer ihre Abläufe darauf abstimmen können.

Art. 106c **Aufgaben des Versicherers**

Absatz 1: Gestützt auf die Meldung des Kantons nach Artikel 106b Absatz 2 teilt der Versicherer diesem mit, ob er die Meldung einer bei ihm versicherten Person zuordnen kann.

Absatz 2: Der Versicherer meldet dem Kanton laufend, wenn wesentliche Änderungen im Verhältnis zwischen der versicherten Person und ihm eingetreten sind. Es ist vorgesehen, dass das EDI technische und organisatorische Vorgaben für die Meldungen erlassen kann (Art. 106d Abs. 2). Dabei kann es festlegen, welche Änderungen als wesentlich gelten und somit zu melden sind. Als wesentliche Änderungen könnten zum Beispiel die Kündigung des Versicherungsverhältnisses oder die Sistierung der Versicherungspflicht bei längerem Dienst (Art. 10a KVV) gelten.

Absatz 3: Der Versicherer legt dem Kanton eine Jahresrechnung über die ausgerichtete Prämienverbilligung vor. Diese umfasst je berechnete Person die Personendaten zu ihrer Identifikation (Artikel 105g), die Monatsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die durch den Versicherer während des Jahres ausgerichteten Beträge. Der Versicherer erstellt eine Jahresrechnung für jeden Kanton. Damit kann dieser prüfen, ob der Versicherer die Prämien gemäss den kantonalen Meldungen verbilligt hat.

Absatz 4: Der Versicherer informiert die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die tatsächliche Prämienverbilligung (neuer Art. 65 Abs. 4^{bis} KVG). Er weist die Prämienverbilligung auf der Prämienrechnung aus, damit die versicherte Person weiss, wann ihr welchen Betrag für welche Monate gutgeschrieben wurde. Auf dem Versicherungsausweis darf der Versicherer die Prämienverbilligung hingegen nicht angeben. Dies weil der Versicherungsausweis in der Regel im Herbst für das folgende Jahr ausgestellt wird und der Kanton die Prämienverbilligung für das folgende Jahr in diesem Zeitpunkt meistens noch nicht endgültig festgelegt hat. Zudem soll die versicherte Person ihrem Versicherungsausweis ihre Versicherungsbedingungen, insbesondere die Höhe ihrer Prämie klar entnehmen können, ohne dabei andere Angaben, die unabhängig vom Versicherer sind, zur Kenntnis nehmen zu müssen.

Absatz 5: Personen, die Ergänzungsleistungen nach Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG, SR 831.30) beziehen, erhalten anstelle der Prämienverbilligung einen jährlichen Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Artikel 21a ELG sieht vor, dass dieser

Pauschalbetrag direkt dem Krankenversicherer ausbezahlen ist. Der Pauschalbetrag hat der kantonalen beziehungsweise regionalen Durchschnittsprämie zu entsprechen. Die geschuldete Prämie kann somit tiefer sein als der Pauschalbetrag.

Wenn die vom Kanton gewährte Prämienverbilligung oder der vom Kanton gewährte Pauschalbeitrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006¹ über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung höher ausfallen als die Prämienforderungen des Versicherers für das Kalenderjahr und andere fällige Forderungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, für welche kein Verlustschein vorliegt, bezahlt der Versicherer der versicherten Person die Differenz aus. Diese Regelung erlaubt dem Versicherer, Prämienverbilligungen auch für Forderungen, die noch nicht fällig sind, zurückzubehalten.

Einzelne Kantone sehen vor, dass die Prämienverbilligung die geschuldete Prämie nicht übersteigen darf. Zudem sieht die VPVKEG vor, dass Beträge unter 50 Franken je Familie und je Kalenderjahr nicht ausgerichtet werden (Art. 14 Abs. 3 VPVKEG). Allenfalls bestehen ähnliche kantonale Regelungen. Solche Regelungen werden bezüglich der vom Kanton gewährten Prämienverbilligung vorbehalten.

Absatz 6: Den Kantonen wird gestattet, vorzusehen, dass ihnen die Versicherer für ihre Versicherten im betreffenden Kanton die Personendaten gemäss Artikel 105g mitteilen. Damit erfahren sie, welche Versicherte bei welchem Versicherer versichert sind und brauchen dies nicht bei den Versicherten, die Prämienverbilligungen erhalten, abzuklären. Zudem können sie vorsehen, dass ihnen die Versicherer weitere Daten, zum Beispiel die gewählten Franchisen, für ihre Versicherten mitteilen.

Art. 106d **Datenaustausch**

Absatz 1: Der neue Artikel 65 Absatz 2 KVG schreibt vor, dass der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern nach einem einheitlichen Standard erfolgt. Dazu wird festgelegt, dass die Meldungen nach den Artikeln 106b und 106c die Personendaten nach Artikel 105g enthalten. Die Kantone können vorsehen, dass die Meldungen weitere Daten umfassen, zum Beispiel dass die Versicherer auch die Monatsprämie melden.

Absatz 2: Das EDI kann zudem technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch und das Datenformat festlegen. Vor seiner Entscheidung hört es die Kantone und Versicherer an. Es sieht vor, diese Vorgaben so festzulegen, dass die Informatik- und Kommunikationsplattform, die der Bund den zuständigen Behörden für den Datenaustausch zur Verfügung stellt (Art. 10 Abs. 3 Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die Harmonisierung der Einwohnerregister und anderer amtlicher Personenregister, Registerharmonisierungsgesetz, RHG, SR 431.02), für die Übermittlung der Meldungen eingesetzt werden kann. Diese Plattform wird in der Registerharmonisierungsverordnung (RHV, SR 431.021) näher geregelt.

Art. 106e **Kosten**

Sowohl die Versicherer wie die Kantone sind daran interessiert, dass die Prämien gesetzmässig verbilligt werden. Die Ausrichtung von gegenseitigen Entschädigungen würde

¹ SR 831.30

einen zusätzlichen Aufwand verursachen. Deshalb erstatten die Kantone und Versicherer einander die in dieser Verordnung erwähnten Meldungen unentgeltlich. Aus denselben Gründen tragen sie die mit dem Vollzug der Prämienverbilligung verbundenen Kosten selber. Dazu gehören insbesondere die Kosten für die Informatikplattform, mit welcher sie einander die Meldungen übermitteln.

Änderung bisherigen Rechts

Die nachstehenden Verordnungen werden wie folgt geändert:

1. Verordnung vom 15. Januar 1971² über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV)

Art. 22 Abs. 5 Nachzahlung

Personen, denen rückwirkend eine Ergänzungsleistung zugesprochen wird, kamen vorher schon meistens in den Genuss der individuellen Prämienverbilligung (IPV). Um Doppelbezüge zu vermeiden, soll daher die IPV-Stelle des Kantons die Möglichkeit erhalten, die bereits ausgerichteten Prämienverbilligungen mit der EL-Nachzahlung zu verrechnen. Die Verrechnungsmöglichkeit erfordert eine explizite Verordnungsbestimmung.

Art. 54a Abs. 5 Koordination mit der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung

Artikel 65 Absatz 4^{bis} KVG verpflichtet die Kantone, den Krankenversicherer Meldung über die Personen mit Prämienverbilligung zu erstatten. Personen mit Ergänzungsleistungen erhalten den Pauschalbetrag für die Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d ELG. Sie erhalten keine zusätzliche Prämienverbilligung. Der Pauschalbetrag ist ihre Prämienverbilligung. Die Kantone haben demnach auch die EL-beziehenden Personen den Krankenversicherern zu melden. In der Verordnung über die Krankenversicherung ist vorgesehen, dass pro Kanton eine Stelle für die Meldung zuständig sein soll (vgl. Art. 106b KVV), um das Verfahren zwischen den Kantonen und den Krankenversicherer zu vereinfachen. Damit für die Ergänzungsleistungen nicht ein Parallelsystem aufgebaut werden muss, ist die Stelle für die Meldung der Prämienverbilligung auch für die Meldungen hinsichtlich der EL-beziehenden Personen zuständig. Damit sie ihre Aufgabe wahrnehmen kann, muss die EL-Stelle ihr die notwendigen Daten melden. Dies sieht der neue Absatz 5 vor. Die Meldung bezieht sich nur auf die Daten, welche für die Prämienverbilligung wesentlich sind. Dazu gehört auch, wer aus der EL-Berechnung ausscheidet (z.B. ein Kind, das eine eigene Wohnung bezieht). Einzelheiten der Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistung, wie die Höhe des Mietzinses, die Höhe der Vermögens, Zusammensetzung des Vermögens usw. dürfen hingegen nicht bekannt gegeben werden.

Nach Artikel 50a Absatz 1 Buchstabe b AHVG, welcher gemäss Artikel 26 ELG anwendbar ist, darf die EL-Stelle Daten bekannt geben „Organen einer anderen Sozialversicherung, wenn sich in Abweichung von Artikel 32 Absatz 2 ATSG eine Pflicht zur Bekanntgabe aus einem Bundesgesetz ergibt“. Artikel 21a ELG sieht die Datenbekanntgabe an den Krankenversicherer implizit vor. Der Bundesrat kann gestützt auf Artikel 9 Absatz 5 Buchstabe g ELG die Koordination mit der Prämienverbilligung regeln. Man kann daher

²

sagen, dass sich die obligatorische Meldung an die zuständige kantonale Stelle für die Meldung der Prämienverbilligung auf das ELG abstützt.

2. Verordnung vom 3. Juli 2001 über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG)

Art. 14 Abs. 2 und 4

Gestützt auf Artikel 66a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) gewährt der Bund den Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, Prämienverbilligungen. Die gemeinsame Einrichtung wurde damit beauftragt, die Prämienverbilligung bei diesen Versicherten durchzuführen (Art. 18 Abs. 2^{quinquies} KVG). In der VPVKEG hat der Bundesrat das dafür anzuwendende Verfahren geregelt. Gestützt auf Artikel 14 Absatz 1 VPVKEG ist die gemeinsame Einrichtung schon seit dem 1. Juni 2002, dem Inkrafttreten der Verordnung, verpflichtet, die Prämienverbilligungen direkt an die Krankenversicherer auszuzahlen. Die Absätze 2 und 4 enthalten weitere Bestimmungen über das Verfahren. Obwohl dieses Verfahren zwischen der gemeinsamen Einrichtung und den Krankenversicherern bis anhin zu keinen Problemen geführt hat, liegt es auf der Hand, dass die gemeinsame Einrichtung das gleiche Verfahren wie die Kantone anwenden muss, denn es ist den Krankenversicherern nicht zuzumuten, mit der gemeinsamen Einrichtung ein vom kantonalen Verfahren abweichendes Spezialverfahren durchzuführen. Deshalb wird neu in Artikel 14 Absatz 2 VPVKEG geregelt, dass die neuen Artikel 106b bis 106e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sinngemäss anwendbar sind. Der 4. Absatz von Artikel 14 VPVKEG kann gestrichen werden, da dies in den neuen KVV-Bestimmungen geregelt wird.

4 Inkraftsetzung

Die Änderung soll auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten.