

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Solothurn, 24. Januar 2023

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte); Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den vorgesehenen Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) betreffend die Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und die Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte) Stellung nehmen zu können.

santésuisse begrüsst grundsätzlich einige Punkte in der Umsetzung der entsprechenden KVG-Änderung. Diverse Vorschläge beurteilen wir aber unterschiedlich, zudem sind noch wichtige Punkte für die operative Umsetzung unklar geregelt, insbesondere was die Verlustscheinübernahme durch die Kantone betrifft. Wir schlagen vor, diese offenen Punkte in einer Arbeitsgruppe mit den Versicherern und Kantonen vertieft zu überprüfen.

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

Vollzug des Art. 64a KVG: Viele Punkte noch unklar

Der Entwurf der KVV lässt für den Vollzug des Art. 64a KVG viele Fragen offen. Es finden sich teils widersprüchliche und nicht nachvollziehbare Regelungen. Zudem werden einige Regelungen von verschiedenen Personen unterschiedlich verstanden und interpretiert. Dies haben auch die Diskussionen der Versicherer und Kantone in der Steuergruppe Datenaustausch nach Art. 64a KVG (DA-64a) gezeigt. Der Vollzug generell und die Umsetzung im Datenaustausch zum Art. 64a KVG im Speziellen werden so ausserordentlich anspruchsvoll und aufwändig werden.

Wir schlagen deshalb vor, dass vor der Erstellung der definitiven Fassung der KVV beispielsweise Vertreter der Versicherer und Kantone aus der technischen Arbeitsgruppe des Datenaustauschs nach Art. 64a KVG (DA-64a) in einer Arbeitsgruppe des BAG einbezogen werden. Um Missverständnisse bei der Umsetzung zu vermeiden, können offene Punkte identifiziert und besprochen werden. Es sollten dabei technische Aspekte diskutiert werden, damit die aus dem Gesetz und der Verordnung abgeleiteten Prozesse ausreichend klar und durchführbar definiert werden.

Mahn- und Inkassokosten werden dem säumigen Zahler belastet, um die administrativen Mehraufwände zu decken und die korrekt zahlenden Versicherten schadlos zu halten. Die vom EDI neu festgelegte Höhe der Gebühren für Mahnungen und Zahlungsaufforderungen müssen die dadurch entstehenden Kosten decken. Das Festlegen der Mahngebühren durch das EDI in einer EDI-Verordnung hat zur Folge, dass diese Gebühren ohne eine Anhörung der Versicherer und ohne die Realität abzubilden festgelegt werden könnten. Hier müssen die Versicherer ebenfalls in einer Arbeitsgruppe angehört werden, insbesondere um dem EDI den Mahnprozess aufzuzeigen, damit die Höhe der Mahngebühren korrekt festgelegt werden kann.

santésuisse unterstützt die Vorgabe, dass der Kanton alle Verlustscheine übernehmen muss

santésuisse unterstützt die Regelung, dass die Übernahme alle Verlustscheine betrifft. Im erläuternden Bericht zur Vorlage ist festgehalten, dass ein Kanton die Verlustscheine dann und nur dann zu 90 Prozent übernehmen kann, wenn er alle Verlustscheine übernimmt. Der erläuternde Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) vom 27. Januar 2021 hält ebenfalls fest, dass der Kanton alle Forderungen übernehmen muss, die der Versicherer ihm gemeldet hat. Eine nur partielle Übernahme durch den Kanton wäre nicht im Sinne des Gesetzgebers. Es bestünde die Gefahr, dass gewisse Kantone nur dann Verlustscheine übernehmen, wenn sie Aussicht darauf haben, diese verwerten zu können.

santésuisse unterstützt den verbindlichen Datenaustausch

Die Versicherer unterstützen, dass die Vorgaben für den Datenaustausch nach Art. 64a KVG und das Datenformat in der bereits bestehenden Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI) aufgenommen werden sollen. Das Vorgehen hat sich beim Datenaustausch Prämienverbilligung (DA-PV) bewährt.

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

Zeitpunkt des Inkrafttretens nicht realistisch

Es wird aus technischen Gründen (Erarbeiten der Änderungen in Datenaustauschkonzept, Umsetzung und Testphase) nicht möglich sein, den bestehenden elektronischen Datenaustausch zum Art. 64a KVG bis zum vorgeschlagenen Inkrafttreten anzupassen. Wir schlagen vor, das Inkrafttreten der KVG- und KVV-Änderung frühestens in III Abs. 2 auf den 1. September 2024 respektive in III Abs. 1 auf den 1. Januar 2025 festzulegen.

Maximalrabatte: santésuisse spricht sich gegen diese zusätzliche Regelung aus

Es ist nicht einzusehen, wozu es diese zusätzliche Delegationsnorm braucht. Bereits heute sind die Regeln zur Rabattierung komplex. Der maximal zulässige Prämienrabatt für Wahlfranchisen ist in Abs. 1^{bis} limitiert und in der Regel für alle Modelle identisch.

Im Urteil 9C_599/2007 des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2007 betreffend Art. 90b KVV, Reihenfolge der Prämienermässigungen (Erwägung 4.1) wurde präzisiert, dass es sich hier um eine Ermässigung in Franken und nicht in Prozenten handelt. Dieser Betrag ist schweizweit einheitlich. Das bedeutet, dass unabhängig von der Höhe der Grundprämie die Prämie für die Wahlfranchise von 1500 Franken um 70 Franken pro Monat reduziert werden kann. Daraus ergibt sich, dass der Rabatt in günstigen Kantonen und Prämienregionen höher ist als in teuren Regionen. Daher ist bei Prämienregion 2 und 3 die prozentuale Ermässigung gegenüber Prämienregion 1 typischerweise etwas höher als bei der ordentlichen Franchise.

Eine Änderung dieser Regelung würde mit einer Kürzung des Rabatts Wahlfranchisen in vielen Prämienregionen einhergehen, was dem erwähnten Bundesgerichtsurteil zuwiderlaufen würde. Wie das Bundesgericht festhält, ist es unzulässig, die Reihenfolge der Rabatte zu regulieren. Eine zusätzliche Regelung ist nicht erforderlich und wäre wohl auch rechtlich nicht haltbar.

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<i>I</i>		
	<i>Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:</i>		
Art. 95 1 Die Prämien für die Versicherung mit wählbaren Franchisen müssen von denjenigen der ordentlichen Versicherung ausgehen. Die Versicherer haben dafür zu sorgen, dass die Versicherten	Art. 95 Abs. 4 1 Die Prämien für die Versicherung mit wählbaren Franchisen müssen von denjenigen der ordentlichen Versicherung ausgehen. Die Versicherer haben dafür zu sorgen, dass die Versicherten		

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>beider Versicherungsformen im versicherungstechnisch erforderlichen Masse an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.</p> <p>^{1bis} Die Versicherer legen den Betrag, um den sie eine Prämie herabsetzen, aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse fest. Sie halten die in Absatz 2^{bis} und Artikel 90c vorgeschriebenen maximalen Prämienreduktionen ein.</p> <p>² ...</p> <p>^{2bis} Die Prämienreduktion je Kalenderjahr darf nicht höher sein als 70 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen.</p> <p>³ ...</p>	<p>beider Versicherungsformen im versicherungstechnisch erforderlichen Masse an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.</p> <p>^{1bis} Die Versicherer legen den Betrag, um den sie eine Prämie herabsetzen, aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse fest. Sie halten die in Absatz 2^{bis} und Artikel 90c vorgeschriebenen maximalen Prämienreduktionen ein.</p> <p>² ...</p> <p>^{2bis} Die Prämienreduktion je Kalenderjahr darf nicht höher sein als 70 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen.</p> <p>³ ...</p> <p>⁴ <u>Das EDI legt basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen die maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest.</u></p>	<p>⁴ Das EDI legt basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen die maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest</p>	<p>Es ist nicht einzusehen, wozu es diese zusätzliche Delegationsnorm braucht. Bereits heute sind die Regeln zur Rabattierung komplex. Der maximal zulässige Prämienrabatt für Wahlfranchisen ist in Abs. 1^{bis} limitiert und in der Regel für alle Modelle identisch. Im Urteil 9C_599/2007 des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2007 betreffend Art. 90b KVV, Reihenfolge der Prämienermässigungen (Erwägung 4.1) wurde präzisiert, dass es sich hier um eine Ermässi-</p>
---	--	---	---

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

			<p>gung in Franken und nicht in Prozenten handelt. Dieser Betrag ist schweizweit einheitlich. Das bedeutet, dass unabhängig von der Höhe der Grundprämie die Prämie für die Wahlfranchise von 1500 Franken um 70 Franken pro Monat reduziert werden kann. Daraus ergibt sich, dass der Rabatt in günstigen Kantonen und Prämienregionen höher ist als in teuren Regionen. Daher ist bei Prämienregion 2 und 3 die prozentuale Ermässigung gegenüber Prämienregion 1 typischerweise etwas höher als bei der ordentlichen Franchise. Eine Änderung dieser Regelung würde mit einer Kürzung des Rabatts Wahlfranchisen in vielen Prämienregionen einhergehen, was dem erwähnten Bundesgerichtsurteil zuwiderlaufen würde. Wie das Bundesgericht festhält, ist es unzulässig, die Reihenfolge der Rabatte zu regulieren. Eine zusätzliche Regelung ist nicht erforderlich und wäre wohl auch rechtlich nicht haltbar.</p>
<p>Art. 98 c. Prämien</p> <p>¹ Die Versicherer haben die Prämien der Bonusversicherung so festzusetzen, dass die Versicherten der ordentlichen Versicherung und der Bonusversicherung im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.</p>	<p>Art. 98 Abs. 6</p> <p>¹ Die Versicherer haben die Prämien der Bonusversicherung so festzusetzen, dass die Versicherten der ordentlichen Versicherung und der Bonusversicherung im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.</p>		

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

² Die Ausgangsprämien der Bonusversicherung müssen 10 Prozent höher sein als die Prämien der ordentlichen Versicherung.

³ In der Bonusversicherung gelten folgende Prämienstufen:

Prämienstufen	Bonus in % der Ausgangsprämie
4	0
3	15
2	25
1	35
0	45

⁴ Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsttiefere Prämienstufe. Massgebend für die Prämienermässigung sind allein die leistungsfreien Jahre während der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung.

⁵ Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsthöhere Prämienstufe.

² Die Ausgangsprämien der Bonusversicherung müssen 10 Prozent höher sein als die Prämien der ordentlichen Versicherung.

³ In der Bonusversicherung gelten folgende Prämienstufen:

Prämienstufen	Bonus in % der Ausgangsprämie
4	0
3	15
2	25
1	35
0	45

⁴ Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsttiefere Prämienstufe. Massgebend für die Prämienermässigung sind allein die leistungsfreien Jahre während der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung.

⁵ Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsthöhere Prämienstufe.

⁶ Das EDI legt basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen die maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest.

~~⁶ Das EDI legt basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen die maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest.~~

Es ist unklar, warum es diese Bestimmung braucht. Die Prämie der Bonusversicherung entspricht einem Prozentsatz der Standardprämie. Wenn letztere die Vorgaben zu den regionalen Unterschieden einhält, sollte das für erstere automatisch auch der Fall sein.

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>Art. 101 c. Prämien</p> <p>¹ Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sind keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der Prämien hat der Versicherer die Verwaltungskosten und allfällige Rückversicherungsprämien einzurechnen und darauf zu achten, dass die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.</p> <p>² Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein.</p> <p>³ Liegen noch keine Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vor, dürfen die Prämien um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen.</p>	<p>Art. 101 Absatz 5</p> <p>¹ Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sind keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der Prämien hat der Versicherer die Verwaltungskosten und allfällige Rückversicherungsprämien einzurechnen und darauf zu achten, dass die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.</p> <p>² Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein.</p> <p>³ Liegen noch keine Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vor, dürfen die Prämien um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen.</p>		
---	---	--	--

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>⁴ Erbringt eine Institution, die der Durchführung einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer dient, ihre Leistungen für Versicherte von mehreren Versicherern, kann für die Versicherten eine einheitliche Prämie festgelegt werden.</p>	<p>⁴ Erbringt eine Institution, die der Durchführung einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer dient, ihre Leistungen für Versicherte von mehreren Versicherern, kann für die Versicherten eine einheitliche Prämie festgelegt werden.</p> <p>⁵ <u>Das EDI legt basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen die maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest.</u></p>	<p>⁵ Das EDI legt basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen die maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest.</p>	<p>Es ist nicht einzusehen, wozu es diese zusätzliche Delegationsnorm braucht. Bereits heute sind die Regeln zur Rabattierung komplex. Das BAG prüft heute mittels eines eigens konzipierten Modells, das in Kreisschreiben 5.3 dargelegt ist, ob der durchschnittlich gewährte Rabatt den nachgewiesenen Kostenunterschieden entspricht. Dabei ist der Kostennachweis für das gesamte Einzugsgebiet eines Modells (und somit u.U. gesamtschweizerisch) zu erbringen. Die Versicherer errechnen daraus in der Regel einen durchschnittlichen prozentualen oder absoluten Rabattbetrag ihrer Modelle. Damit ist sichergestellt, dass auch bei den Modellen eingeschränkter Wahl die Prämienunterschiede zwischen den Prämienregionen limitiert sind. Eine zusätzliche Regelung ist nicht erforderlich und angesichts des oben erwähnten Bundesgerichtsurteils auch rechtlich kaum zulässig.</p>
<p>Art. 105b Mahnverfahren</p> <p>¹ Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von</p>	<p>Art. 105b Abs. 2</p> <p>¹ Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von</p>		

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen.</p> <p>² Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht.</p>	<p>Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen.</p> <p>² Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer <u>Bearbeitungsgebühren</u> erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht. <u>Das EDI legt die Höhe der Gebühren fest.</u></p>	<p>² Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht. Das EDI legt die Höhe der Gebühren <u>nach Anhörung der Versicherer</u> fest. <u>Die Gebühren sind derart festzulegen, dass sämtliche zusätzlichen administrativen Aufwendungen der Versicherer, die ihm durch Säumigkeit entstehen, gedeckt sind.</u></p>	<p>Die Mahnspesen der Krankenversicherung müssen «in einem vernünftigen Verhältnis zu den konkreten Prämienausständen» stehen, so hat das Bundesgericht mit dem Urteil 9C_874/201 vom 4. Februar 2016 entschieden. Daran halten sich die Versicherer.</p> <p>Mahn- und Inkassokosten werden dem säumigen Zahler belastet, um die administrativen Mehraufwände zu decken und die korrekt zahlenden Versicherten schadlos zu halten.</p> <p>Bevor das EDI diese Gebühren in einer Verordnung festlegt, sind die Versicherer zwingend zu konsultieren. Bei der Festlegung der Gebühren ist dabei der vollständige Mahnprozess zu berücksichtigen, damit die Höhe der Mahngebühren derart festgelegt werden, dass sämtliche Kosten (Mahnungen, Zahlungsaufforderungen und Umtriebsspesen) gedeckt sind und die fristgerecht zahlenden Versicherten keine Kosten der säumigen Prämienzahler zu tragen haben.</p>
Art. 105f Meldungen über Verlustscheine	Art. 105f Meldung der Verlustscheine und anderer Forderungen		

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>¹ Der Versicherer informiert die zuständige kantonale Behörde innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine.</p> <p>² Er übermittelt der zuständigen kantonalen Behörde bis zum 31. März die Schlussabrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine und den dazugehörigen Revisionsbericht. Die Abrechnung enthält eine Zusammenstellung der Gesuche um Übernahme der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes und eine Zusammenstellung der Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 5 des Gesetzes.</p>	<p><u>¹ Der Versicherer meldet den Verlustschein dem Kanton, in dem dieser ausgestellt wurde.</u></p> <p>² Er informiert die zuständige kantonale Behörde innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine.</p> <p><u>³ Er meldet Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3^{bis} KVG dem Kanton, in dem das Kind bei Entstehung dieser Forderungen Wohnsitz hat. Er begründet den Betrag und nennt den Grund, weshalb er keinen Verlustschein oder keinen gleichwertigen Rechtstitel erwirken konnte.</u></p>	<p>³ Er meldet Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3^{bis} KVG dem Kanton, in dem das Kind bei Entstehung dieser Forderungen <u>zum Zeitpunkt der Meldungserstellung</u> Wohnsitz hat. Er begründet den Betrag und nennt den Grund, weshalb er keinen Verlustschein oder keinen gleichwertigen Rechtstitel erwirken konnte.</p>	<p>Keine Bemerkung zu dieser Präzisierung.</p> <p>Der alte Art. 105f Abs. 2 wurde zu Art. 105f^{bis} Abs. 2. Die Frist für die Schlussabrechnung muss geregelt sein.</p> <p>Die Möglichkeit dem Kanton Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3^{bis} KVG zu melden, in dem das Kind bei Entstehung dieser Forderungen Wohnsitz hat, ist grundsätzlich zu begrüssen. So kann der Versicherer die 85% der offenen Forderungen auch ohne Verlustschein erhalten.</p> <p>Mit der Ergänzung dieser Formulierung wird ein eindeutiges Stichdatum definiert. Somit sind keine Historisierung der Adressdaten oder rückwirkende Korrekturen durch die Versicherer notwendig.</p>
--	---	--	--

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

			<p>Im DA-64a über sedex ist heute nur die Übermittlung von Daten zu Verlustscheinen und gleichwertigen Rechtstiteln möglich. Diese neue Vorgabe müsste im DA-64a neu aufgenommen und umgesetzt werden. Wie können die Kantone überprüfen, ob darüber nur Forderungen gemäss Art. 64a Abs. 3^{bis} gemeldet werden?</p>
	<p><u>Art. 105f^{bis} Zusätzliche Übernahme der gemeldeten Forderungen und Abrechnung</u></p>	<p><u>Art. 105f^{bis} Zusätzliche Übernahme der gemeldeten Forderungen und Abrechnung</u></p>	<p>Die zeitliche Abfolge im Prozess von der Meldung der Verlustscheine bis zu tatsächlichen Übergaben an den Kanton ist nicht klar, respektive kann verschieden ausgelegt werden. Dies haben auch die Diskussionen der Versicherer und Kantone in der Steuergruppe Datenaustausch nach Art. 64a KVG (DA-64a) gezeigt.</p> <p>Die Begriffe «Forderungen» und «Verlustscheine» werden in der Vorlage nicht immer korrekt verwendet, was zu Verwirrung bei der Auslegung führt. Zudem ist nicht klar, welches Jahr «das Jahr der Übernahme» ist (siehe auch Art. 105l Abs. 4): Ist es das Jahr, in dem der Kanton meldet, dass er die Verlustscheine übernimmt oder ist es das Jahr in dem die Revision die Verlustscheine prüft und der Verlustschein an den Kanton übergeht?</p> <p>Der beschriebene Ablauf lässt sich folgendermassen interpretieren:</p>

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

			<ul style="list-style-type: none"> • Der Versicherer meldet dem Kanton die Verlustscheine quartalsweise im Jahr t (Art. 105f). • Der Kanton meldet vor dem 1. Dezember im Jahr t, dass er die Verlustscheine aus dem Jahr t übernimmt (wobei er die neuen Verlustscheine aus dem 4. Quartal Jahr t erst anfangs Januar im Jahr t+1 erfährt) (Art. 105f^{bis}) • Revision durch den Versicherer in Quartal Jahr t+1 (Art. 105f^{bis}) • Abtreten der Verlustscheine aus Jahr t bis zum 31. März im Jahr t+1 an den Kanton (Art. 105f^{bis}) • Der Kanton bezahlt vor dem 1. Juli in t+1 die entsprechenden Beträge an die Versicherer (Art. 105k) • Die Versicherten können per Ende November t+1 auf t+2 den Versicherer wechseln (die Verlustscheine sind an den Kanton übergegangen und bezahlt durch den Kanton), sofern keine älteren Forderungen vorhanden sind oder keine neuen Forderungen entstanden sind
	<p><u>¹ Beschliesst die zuständige kantonale Behörde nach Artikel 64a Absatz 5 KVG, zusätzlich 5 Prozent aller Forderungen zu übernehmen, die Gegenstand einer Meldung nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG waren, so hat sie die Versicherer vor dem 1. Dezem-</u></p>	<p><u>¹ Beschliesst die zuständige kantonale Behörde nach Artikel 64a Absatz 5 KVG, zusätzlich 5 Prozent aller Forderungen zu übernehmen, die Gegenstand einer Meldung nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG waren, so hat sie die Versicherer vor dem 1. Dezember darüber zu informieren.</u></p>	<p>santésuisse unterstützt diese Regelung, welche die Übernahme aller Verlustscheine betrifft. Im erläuterten Bericht zur Vorlage ist festgehalten, dass ein Kanton Verlustscheine zu 90 Prozent nur dann übernehmen kann, wenn er alle Ver-</p>

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

	<p><u>ber darüber zu informieren. Der Entscheid gilt für das folgende Kalenderjahr.</u></p> <p><u>² Die Versicherer treten der kantonalen Behörde bis zum 31. März des folgenden Kalenderjahrs die im Jahr der Übernahme nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG gemeldeten Forderungen ab, soweit sie Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen oder Betreuungskosten betreffen. Sie legen sie vorgängig der vom Kanton bezeichneten Revisionsstelle zur Überprüfung vor.</u></p>	<p>Der Entscheid gilt für das folgende Kalenderjahr. Der Entscheid gilt solange, bis der Kanton wieder auf die Verlustscheinübernahme verzichtet, aber mindestens fünf Jahre.</p> <p>² Die Versicherer treten der kantonalen Behörde nach Bezahlung der Schlussabrechnung bis zum 31. März des folgenden Kalenderjahrs die im Jahr der Übernahme nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG gemeldeten Verlustscheine Forderungen ab, soweit sie Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen oder Betreuungskosten betreffen. Sie legen sie vorgängig der vom Kanton bezeichneten Revisionsstelle zur Überprüfung vor.</p>	<p>lustscheine übernimmt. Der erläuternde Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) vom 27. Januar 2021 hält ebenfalls fest, dass der Kanton alle Forderungen übernehmen muss, die der Versicherer ihm gemeldet hat.</p> <p>Ein ständiger Regimewechsel ist aber unbedingt zu vermeiden. Falls sich der Kanton für die Übernahme von Verlustscheinen entscheidet (Variante «90%»), sollte diese Entscheidung automatisch für die Folgejahre gelten. Ein erneuter Regimewechsel sollte frühestens nach fünf Jahren möglich sein.</p> <p>Die Verlustscheine sollen erst nach der Bezahlung der Schlussabrechnung abgetreten werden. Sonst wird der Prozess unnötig verkompliziert. Bisher bezahlt nicht jede kantonale DFS die mit der Schlussabrechnung gemeldeten Forderungen vollständig. Wenn die Versicherer dann eine abgetretene Forderung oder Verlustscheine beim Kanton zurückfordern müssen, ist das unnötiger Zusatzaufwand.</p> <p>Da die Thematik der Revisionsstelle bereits unter Art. 105j KVV geregelt wird, kann der letzte Satz gestrichen werden.</p>
--	--	---	--

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

	<p><u>³ Der Versicherer übermittelt der zuständigen kantonalen Behörde bis zum 31. März die Schlussabrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine und den dazugehörigen Revisionsbericht. Die Abrechnung enthält eine Zusammenstellung der Gesuche um Übernahme der Forderungen nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG und eine Zusammenstellung der Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 4 KVG.</u></p>		<p>Es stellt sich ausserdem die Frage, ob der vorgegebene Zeitplan («Abtreten der Verlustscheine an die kantonale Behörde bis zum 31. März») noch einzuhalten ist, zumal die Revision durch die Neuerungen anspruchsvoller wird. Insbesondere, wenn der Kanton noch eine zusätzliche separate Revisionsstelle benennt (siehe auch Art. 105j Revisionsstelle).</p> <p>Die Zustellung und Abtretung von (heute noch physisch vorliegenden) Verlustscheinen an den Kanton ist deutlich komplexer als eine reine Datenlieferung. Verlustscheine müssen auch vom jeweiligen Betriebsamt an den Kanton überschrieben werden. Wir gehen davon aus, dass die Verlustscheine physisch (in Papierform) an den Kanton geliefert werden.</p> <p>Die Versicherer müssen wissen, wie die Verlustscheine zu übergeben sind, wenn Bestandteile enthalten sind, welche von den Kantonen nicht übernommen werden dürfen (Bearbeitungsgebühren, allfällige Forderungen aus dem VVG) und wie mit Teilzahlungen umzugehen ist, die für einen Verlustschein vor der Übergabe eingegangen sind.</p> <p>Mit dem neuen SchKG (Vernehmlassung mit Frist 17. Oktober 2022: Änderung des Bundesgesetzes über</p>
--	---	--	--

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

			Schuldbetreibung und Konkurs - Betreibungsauskunft, elektronische Zustellungen und Online-Versteigerung) zeichnet sich für die Zukunft eine Erleichterung ab.
Art. 105g Personendaten Bei der Bekanntgabe nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes muss der Versicherer zur Identifikation der versicherten Personen und der Schuldnerinnen und Schuldner melden: <ul style="list-style-type: none"> a. den Namen und den Vornamen; b. das Geschlecht; c. das Geburtsdatum; d. den Wohnsitz; e. die AHV-Nummer. 	Art. 105g Einleitungssatz und Bst. d und f <u>Nimmt er eine Meldung nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG vor, muss der Versicherer zur Identifikation der versicherten Personen und der Schuldnerinnen und Schuldner melden:</u> <ul style="list-style-type: none"> a. den Namen und den Vornamen; b. das Geschlecht; c. das Geburtsdatum; d. <u>die Adresse;</u> e. die AHV-Nummer; f. <u>die Korrespondenzsprache.</u> 		Keine Bemerkung. Die im DA-PV und DA-64a verwendeten Elemente basieren auf dem eCH-Standard Typ eCH0010:addressInformationType. Es würde somit eine Angleichung stattfinden.
Art. 105h Datenaustausch Das EDI kann die technischen und organisatorischen Vorgaben für den Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern festlegen.	Art. 105h Datenaustausch Das EDI kann technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch und das Datenformat festlegen, <u>nachdem es die Kantone und die Versicherer angehört hat.</u>		Die Versicherer unterstützen, dass die Vorgaben für den Datenaustausch nach Art. 64a KVG und das Datenformat in der bereits bestehenden Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI) aufgenommen werden sollen. Das Vorgehen hat sich beim Datenaustausch Prämienverbilligung (DA-PV) bewährt.
Art. 105j Revisionsstelle	Art. 105j Revisionsstelle		Einverstanden. Mit dem neuen Art. 64a sind diese Ergänzungen sinnvoll.

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>¹ Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes. Sie kontrolliert, ob:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Angaben zu den Schuldnerinnen und Schuldner sowie zu den Versicherten korrekt sind; b. das Mahnverfahren nach Artikel 105b eingehalten wurde; c. ein Verlustschein vorhanden ist; <p>d. das Ausstellungsdatum des Verlustscheines im Vorjahr liegt;</p> <p>e. der Gesamtbetrag der Forderungen richtig ist;</p> <p>f. die Forderung dem Kanton gemeldet wurde, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde.</p> <p>² Sie überprüft die Richtigkeit und die Vollständigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. der Bezahlung der ausstehenden Forderungen nach der Ausstellung eines Verlustscheines; b. der Rückerstattungen an den Kanton nach Artikel 64a Absatz 5 KVG. 	<p>¹ Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit <u>und die Vollständigkeit</u> der Angaben des Versicherers bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>der Forderungen nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG;</u> b. <u>der Bezahlung der Forderungen, die Gegenstand einer Meldung nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG waren;</u> c. <u>der Rückerstattungen an den Kanton nach Artikel 64a Absatz 4 KVG.</u> <p>² Sie kontrolliert bei Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 KVG ob:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Angaben zu den Schuldnerinnen und Schuldner sowie zu den Versicherten korrekt sind; b. das Mahnverfahren nach Artikel 105b eingehalten wurde; c. ein Verlustschein vorhanden ist; <p>d. das Ausstellungsdatum des Verlustscheines im Vorjahr liegt;</p> <p>e. der Gesamtbetrag der Forderungen richtig ist;</p> <p>f. die Forderung dem Kanton <u>nach Artikel 105f Absatz 1</u> gemeldet wurde.</p> <p>³ Sie kontrolliert bei Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3^{bis} KVG ob:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>die Angaben zu den Schuldnerinnen und Schuldner sowie zu den Versicherten korrekt sind;</u> b. <u>das Mahnverfahren nach Artikel 105b eingehalten wurde;</u> 	<p>c. ein Verlustschein <u>oder ein gleichwertiger Rechtstitel</u> vorhanden ist;</p>	<p>Es stellt sich die Frage, ob der vorgegebene Zeitplan («Abtreten der Verlustscheine an die kantonale Behörde bis zum 31. März») noch einzuhalten ist, zumal die Revision durch die Neuerungen anspruchsvoller wird. Insbesondere, wenn der Kanton noch eine separate Revisionsstelle benennt.</p> <p>In Analogie zu Art. 64a Abs. 3 KVG muss hier der gleichwertige Rechtstitel aufgeführt sein.</p> <p>Einverstanden.</p> <p>Einverstanden mit der Kontrolle der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3^{bis} KVG, für die der Versicherer von den Eltern des Kindes keinen Verlustschein oder gleichwertigen Rechtstitel erwirken konnte.</p>
--	--	---	---

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>³ Der Kanton übernimmt die Kosten der Revisionsstelle, wenn er eine andere Revisionsstelle als diejenige nach Artikel 25 KVAG bezeichnet.</p>	<p>c. <u>der Gesamtbetrag der Forderungen richtig ist;</u> d. <u>der Grund genannt ist, weshalb der Versicherer keinen Verlustschein oder keinen gleichwertigen Rechtstitel erwirken konnte;</u> e. <u>ob die Forderung dem Kanton nach Artikel 105f Absatz 1 gemeldet wurde.</u></p> <p>⁴ <u>Der Kanton übernimmt die Kosten der Revisionsstelle, wenn er nicht die Revisionsstelle nach Artikel 25 KVAG bezeichnet.</u></p>		<p>Einverstanden mit der redaktionellen Anpassung.</p>
<p>Art. 105k Zahlungen der Kantone an die Versicherer</p> <p>¹ Bei Eingang der Personendaten und der Meldungen über die Verlustscheine kann die zuständige kantonale Behörde dem Versicherer die Personendaten nach Artikel 105g für die Versicherten übermitteln, für die sie ausstehende Beträge übernimmt.</p> <p>² Der Kanton, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde, bezahlt dem Versicherer die Forderungen nach Artikel 64a Absatz 4 des Gesetzes nach Abzug der Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 5 des Gesetzes bis zum 30. Juni. Übersteigen die Rückerstattungen die Forderungen, so zahlt der Versicherer dem aktuellen Wohnkanton bis zum 30. Juni den Differenzbetrag zurück.</p>	<p>Art. 105k Zahlung der Kantone an die Versicherer</p> <p>¹ Bei Eingang der Personendaten und der Meldungen <u>nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG</u> kann die zuständige kantonale Behörde dem Versicherer die Personendaten nach Artikel 105g für die Versicherten übermitteln, für die sie ausstehende Beträge übernimmt.</p> <p>² <u>Der Kanton bezahlt dem Versicherer vor dem 1. Juli die Forderungen nach Artikel 64a Absatz 4 KVG nach Abzug der Rückerstattungen nach demselben Artikel.</u> Übersteigen die Rückerstattungen die Forderungen, so zahlt der Versicherer dem aktuellen Wohnkanton den Differenzbetrag <u>innerhalb der gleichen Frist</u> zurück.</p>		<p>Einverstanden mit der Präzisierung.</p> <p>Einverstanden mit der Präzisierung.</p>

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>³ Richtet ein Kanton eine Prämienverbilligung für einen Zeitraum aus, für den der Versicherer ihm bereits eine Forderung gemäss Artikel 64a Absatz 3 KVG in seiner Schlussabrechnung bekanntgegeben hat, so erstattet der Versicherer 85 Prozent dieser Prämienverbilligung an den Kanton zurück. Die Forderungen gegenüber der versicherten Person werden auf dem Verlustschein oder dem gleichwertigen Rechtstitel um den Betrag der ganzen Prämienverbilligung vermindert.</p>	<p>³ Richtet ein Kanton eine Prämienverbilligung für einen Zeitraum aus, für den der Versicherer ihm bereits eine Forderung gemäss Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG in seiner Schlussabrechnung bekanntgegeben hat, so erstattet der Versicherer 85 Prozent dieser Prämienverbilligung an den Kanton zurück. Die Forderungen gegenüber der versicherten Person werden auf dem Verlustschein oder dem gleichwertigen Rechtstitel um den Betrag der ganzen Prämienverbilligung vermindert.</p> <p><u>⁴ Der Kanton bezahlt dem Versicherer nichts für Forderungen, die Gegenstand einer Meldung nach Artikel 64a Absätze 3 und 3^{bis} KVG waren, wenn sie nicht ausschliesslich aus KVG-Forderungen bestehen.</u></p>		<p>Einverstanden mit der Präzisierung.</p> <p>Dieser Absatz muss noch überarbeitet werden. Es ist zu klären, wie umzugehen ist, wenn der Verlustschein weitere Forderungen umfasst. Die Mahn- und Inkassogebühren der Versicherer werden vom Kanton nicht übernommen, sind aber ebenfalls Bestandteil der Verlustscheinsumme. Offen ist der Umgang mit diesen Mahn- und Inkassogebühren.</p>
<p>Art. 105I Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit</p> <p>¹ Säumig im Sinne von Artikel 64a Absatz 6 des Gesetzes ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Artikel 105b Absatz 1.</p> <p>² Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren,</p>	<p>Art. 105I Abs. 2^{bis} und 4</p> <p>¹ Säumig im Sinne von Artikel 64a Absatz 6 des Gesetzes ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Artikel 105b Absatz 1.</p> <p>² Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren,</p>		

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betriebskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.</p> <p>³ Sind die ausstehenden Beträge nach Absatz 2 beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Artikel 7 Absätze 1 und 2</p>	<p>dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betriebskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.</p> <p><u>^{2bis} Der Versicherer informiert Versicherte, die das 18. Altersjahr vollenden und bei denen Zahlungsausstände bestehen, dass sie den Versicherer auf das Ende des Kalenderjahrs nach Artikel 64a Absatz 7^{bis} KVG wechseln können.</u></p> <p>³ Sind die ausstehenden Beträge nach Absatz 2 beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Artikel 7 Absätze 1 und 2</p>	<p>^{2bis} Der Versicherer informiert Versicherte, die das 18. Altersjahr vollenden und bei denen Zahlungsausstände bestehen, dass sie den Versicherer auf das Ende des Kalenderjahrs nach Artikel 64a Absatz 7^{bis} KVG wechseln können.</p>	<p>Wir stehen einer Informationspflicht ablehnend gegenüber. Eine direkte Information an den Versicherten (Kinder) ist mit erheblichem administrativem Aufwand verbunden.</p> <p>Zudem müsste die Information der Betroffenen über einen möglichen Wechsel datenschutzkonform erfolgen. Ein Hinweis auf die Wechselmöglichkeit trotz Prämienrückständen des Versicherungsnehmers ist datenschutzrechtlich bedenklich und zur Umsetzung der Gesetzesänderung nicht zwingend.</p> <p>Zudem kann davon ausgegangen werden, dass diese Gesetzesänderung, welche sich zugunsten der Versicherten äussert, von den Betroffenen auch ohne spezielle direkte Information zur Kenntnis genommen wird.</p>
--	--	---	--

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>des Gesetzes den Versicherer wechseln kann. Der Versicherer muss zudem den neuen Versicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist.</p>	<p>des Gesetzes den Versicherer wechseln kann. Der Versicherer muss zudem den neuen Versicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist.</p> <p><u>⁴ Versicherte, deren Kanton zusätzlich 5 Prozent der gemeldeten Forderungen übernommen hat, können den Versicherer im Jahr der Übernahme wechseln, sofern sie nicht bei anderen Forderungen nach Artikel 64a Absatz 6 KVG säumig sind.</u></p>		<p>Siehe auch Überlegungen und Anmerkungen zu Art. 105^{fbis} Zusätzliche Übernahme der gemeldeten Forderungen und Abrechnung.</p> <p>Wichtig ist es, festzuhalten, dass ein Wechsel nach Verlustscheinübernahme durch den Kanton nur möglich ist, wenn keine weiteren offenen Forderungen aus der Vergangenheit oder neue Forderungen vorhanden sind.</p> <p>Es stellt sich in diesem Zusammenhang folgende Frage: Können versicherte Personen den Versicherer wechseln, wenn weitere Forderungen (z.B. individuelle Gebühren respektive Bearbeitungsgebühren) auf den zu übernehmenden Verlustschein offen sind?</p>
<p>Art. 106c Aufgaben des Versicherers</p> <p>¹ Der Versicherer teilt dem Kanton mit, ob er die Meldung einer bei ihm versicherten Person zuordnen kann.</p> <p>² Er meldet dem Kanton wesentliche Änderungen im Verhältnis zwischen</p>	<p>Art. 106c Abs. 5 und 5^{bis}</p> <p>¹ Der Versicherer teilt dem Kanton mit, ob er die Meldung einer bei ihm versicherten Person zuordnen kann.</p> <p>² Er meldet dem Kanton wesentliche Änderungen im Verhältnis zwischen</p>		

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>der versicherten Person und ihm. Das EDI kann festlegen, welche Änderungen als wesentlich gelten.</p> <p>³ Der Versicherer legt dem Kanton eine Jahresrechnung vor. Diese umfasst je berechnete Person die Personendaten nach Artikel 105g, den betroffenen Zeitraum, die Monatsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die ausgerichteten Beträge.</p> <p>⁴ Der Versicherer gibt die Prämienverbilligung je versicherte Person und Monat auf der Prämienrechnung an. Er darf die Prämienverbilligung nicht auf dem Versicherungsausweis angeben.</p> <p>⁵ Er bezahlt der versicherten Person die Differenz innerhalb von 60 Tagen aus, wenn seine restlichen Prämienforderungen für das laufende Kalenderjahr und seine anderen fälligen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, für die kein Verlustschein vorliegt, kleiner sind als:</p> <p>a. die vom Kanton gewährte Prämienverbilligung; vorbehalten bleiben kantonale Regelungen, wonach die Prämie höchstens bis zu ihrem vollen Umfang verbilligt werden kann und wonach kleine Beträge nicht ausgerichtet werden;</p> <p>b. der vom Kanton gewährte Pauschalbeitrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d</p>	<p>der versicherten Person und ihm. Das EDI kann festlegen, welche Änderungen als wesentlich gelten.</p> <p>³ Der Versicherer legt dem Kanton eine Jahresrechnung vor. Diese umfasst je berechnete Person die Personendaten nach Artikel 105g, den betroffenen Zeitraum, die Monatsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die ausgerichteten Beträge.</p> <p>⁴ Der Versicherer gibt die Prämienverbilligung je versicherte Person und Monat auf der Prämienrechnung an. Er darf die Prämienverbilligung nicht auf dem Versicherungsausweis angeben.</p> <p>⁵ Er darf seine restlichen Prämienforderungen für das laufende Kalenderjahr und seine anderen fälligen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter Vorbehalt von Artikel 105k Absatz 3 verrechnen mit:</p> <p>a. <u>der vom Kanton gewährten Prämienverbilligung;</u></p> <p>b. <u>dem vom Kanton gewährten Pauschalbeitrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.</u></p>		<p>Diese Anpassungen sind zu unterstützen. Die Anpassung wurde gemeinsam von GDK und santésuisse respektive der Steuergruppe DA-64a beantragt. Wir begrüßen daher die Möglichkeit, überschüssige Prämienverbilligung mit bestehenden Forderungen, für die ein Verlustschein vorliegt, zu verrechnen.</p>
---	---	--	--

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

<p>des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.</p> <p>⁶ Der Kanton kann vorsehen, dass der Versicherer ihm die Personendaten nach Artikel 105g und weitere Daten für seine Versicherten im betreffenden Kanton mitteilt.</p>	<p>^{5bis} <u>Er bezahlt der versicherten Person die Prämienverbilligung innerhalb von 60 Tagen nach der Meldung der Prämienverbilligung durch den Kanton aus, sofern er für diese Person keine Prämienforderungen verrechnet hat. Kantonale Regelungen, wonach die Prämie höchstens bis zu ihrem vollen Umfang verbilligt werden kann und wonach kleine Beträge nicht ausgerichtet werden, bleiben vorbehalten.</u></p> <p>⁶ Der Kanton kann vorsehen, dass der Versicherer ihm die Personendaten nach Artikel 105g und weitere Daten für seine Versicherten im betreffenden Kanton mitteilt.</p>	<p>^{5bis} Er bezahlt der versicherten Person die Prämienverbilligung innerhalb von 60 Tagen nach der Meldung der Prämienverbilligung durch den Kanton aus, sofern er für diese Person keine Prämienforderungen verrechnet hat. Kantonale Regelungen, wonach die Prämie höchstens bis zu ihrem vollen Umfang verbilligt werden kann und wonach kleine Beträge nicht ausgerichtet werden, bleiben vorbehalten.</p>	<p>Hier sollte nicht nur der Bezug Prämienforderungen gemacht werden. Art. 106c Abs. 5 erlaubt ausdrücklich auch andere Verrechnungen.</p>
	II		
	<p>Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...</p> <p>¹ Der Kanton informiert den Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals über die Übernahme von zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 18. März 2022 bereits einen Anteil von 85</p>	<p>Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...</p> <p>¹ Der Kanton informiert den Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes <u>Semesters</u> Quartals über die Übernahme von zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 18. März 2022 bereits</p>	<p>Nachdem es im Gesetz unterlassen wurde, die Dauer der Übergangsfrist zu regeln, muss davon ausgegangen werden, dass die Kantone die Möglichkeit haben bis zur Verjährung eines Verlustscheines diesen von den Versicherern zu übernehmen.</p>

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

	<p><i>Prozent übernommen hatte. Der Versicherer tritt ihm diese Forderung innerhalb von zwei Monaten ab, sofern es sich um Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betreuungskosten handelt.</i></p>	<p><i>einen Anteil von 85 Prozent übernommen hatte. Der Versicherer tritt ihm diese Forderung innerhalb von <u>sechs</u> zwei Monaten <u>nach Bezahlung</u> ab, sofern es sich um Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betreuungskosten handelt.</i></p>	<p>Zudem sollen die Verlustscheine erst nach der Bezahlung der Schlussabrechnung abgetreten werden. Sonst wird der Prozess unnötig verkompliziert, insbesondere wenn die Kantone nicht pünktlich bezahlen</p> <p>Der Regelung «bereits einen Anteil von 85 Prozent übernommen» deutet darauf hin, dass es um Verlustscheine ab 2012 geht.</p> <p>Es stellen sich bei jeder Abtretung diverse Verlustschein-individuelle Fragen und es gibt offene Punkte, die mit entsprechend grossem Aufwand geklärt werden müssen, welche eine Abtretung innerhalb von 2 Monaten verunmöglichen. Wir fordern hier deshalb eine Mindestfrist von 3 bis 6 Monaten.</p> <p>Zudem scheint uns aus Aufwandsgründen eine Information des Kantons zu den zu übernehmenden Verlustscheinen 2 Wochen nach Ablauf eines Semesters ausreichend.</p> <p>Auch für ältere Verlustscheine muss geklärt werden, wie bei der Übergabe von Verlustscheinen, die Bearbeitungsgebühren oder Forderungen nach VVG enthalten, konkret verfahren werden soll. Fast alle Verlustscheine enthalten z.B. individuelle Gebühren des Krankenversicherers.</p>
--	--	--	--

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

			<p>Wie erfolgt die Abtretung, wenn bereits Teilzahlungen für die Forderungen eines Verlustscheins erfolgt sind (z.B. Teilzahlungen durch den Schuldner oder rückwirkende PV)? Was passiert mit Zahlungen, die beim KV eingehen nach der Abtretung? Zudem wäre es zu begrüssen, wenn die Übergangsbestimmungen die Handhabung laufender Fälle von minderjährigen Kindern, die Ausstände haben, präzisieren.</p> <p>Da es sich um einzelne Verlustscheine handelt, bei denen vor der Abtretung verschiedene Fragen «händisch» geklärt werden müssen, ist wohl eine Integration in den auf das Massengeschäft ausgelegten elektronische Datenaustausch per sedex weniger geeignet. Dafür würde Aufwand für eine Umsetzung unverhältnismässig gross im Vergleich zum Nutzen.</p> <p>Idealerweise prüfen ein Versicherer und ein Kanton im Vorfeld, wieviel administrativer Aufwand durch eine Übernahme entsteht. Dann könnte bereits im Vorfeld entschieden werden ob sich die Übernahme lohnt, oder ob darauf verzichtet werden soll. Wenn sowohl der Versicherer als auch der Kanton ihr Einverständnis geben für die Übernahme, kann diese vollzogen werden.</p>
--	--	--	--

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

	<i>² Die versicherte Person, deren Kanton zusätzlich 3 Prozent einer gemeldeten Forderung übernommen hat, kann den Versicherer im Jahr der Übernahme wechseln, sofern sie nicht bei anderen Forderungen nach Artikel 64a Absatz 6 KVG säumig ist.</i>		Auch bei dieser Regelung gibt es zahlreiche offenen Punkte, die für eine Umsetzung geklärt sein müssen. Es kann verschiedene «Teilzahlungen» (Schuldner, IPV, Annulation Doppelversicherung) und bereits neue Betreibungsverfahren oder Abzahlungsvereinbarungen geben. Diese Frage müssten auch für die Übergangsbestimmung geklärt sein.
	III		
	<p><i>¹ Diese Verordnung tritt unter Vorbehalt von Absatz 2 am 1. Januar 2024 in Kraft.</i></p> <p><i>² Die Artikel 105b Absatz 2 und 105f^{bis} Absatz 1 treten am 1. September 2023 in Kraft.</i></p>	<p><i>¹ Diese Verordnung tritt unter Vorbehalt von Absatz 2 am 1. Januar 202<u>5</u> in Kraft.</i></p> <p><i>² Die Artikel 105b Absatz 2 und 105f^{bis} Absatz 1 treten am 1. September 202<u>4</u> in Kraft.</i></p>	<p>Aus technischen Gründen (Umsetzung des elektronischen Datenaustausches) wird es nicht möglich sein, den bestehenden elektronischen Datenaustausch zum Art. 64a KVG bis zum vorgesehenen Inkrafttreten vom 1. September 2023 respektive 1. Januar 2024 an den geänderten Art. 64a KVG und die neue Regelung in der KVV anzupassen.</p> <p>Wir beantragen, das Inkrafttreten der KVG- und KVV-Änderung frühestens auf den 1. September 2024 respektive 1. Januar 2025 festzulegen.</p>

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) – Ausführungsbestimmungen zur Änderung des KVG (Vollzug der Prämienzahlungspflicht) und Delegationsnormen an das EDI (Maximalrabatte)

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse

Direktion



Verena Nold

Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann

Leiter Abteilung Grundlagen