



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

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

Per E-Mail an:

[Nadine.Schuepbach@bsv.admin.ch](mailto:Nadine.Schuepbach@bsv.admin.ch)

Bern

Für Rückfragen:  
Isabel Kohler  
Direktwahl: +41 32 625 4131  
Isabel.Kohler@santesuisse.ch

Solothurn, 9. März 2016

## **Teilrevision des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EL-Reform); Stellungnahme santésuisse**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den vorgesehenen Änderungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung Stellung zu nehmen.

Wir erlauben uns nur zu denjenigen Punkten Stellung zu beziehen, in welchen die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Krankenversicherer betroffen sind.

Nachfolgend die wichtigsten Punkte und Anmerkungen unserer Beurteilung:

### **Der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenversicherung**

- Die Prämienverbilligung aus den Ergänzungsleistungen darf die tatsächlich geschuldete Prämie nicht übersteigen.
- Die Prämienverbilligung aus den Ergänzungsleistungen darf höchstens der kantonalen beziehungsweise regionalen Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen.
- Für den Fall, dass die tatsächliche Prämie höher ist als der Pauschalbetrag, wird höchstens der Pauschalbetrag übernommen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen bei der Weiterbearbeitung des Gesetzesentwurfs. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

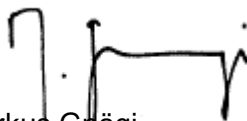
**santésuisse**

Direktion



Verena Nold  
Direktorin

Abteilung Grundlagen



Markus Grägi  
Leiter Abteilung Grundlagen a.i.

## Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Bestehendes Gesetz	Vorschlag santésuisse	Begründung / Bemerkung
<p><b>Bundesgesetz Entwurf über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung ELG)</b></p> <p><b>(EL-Reform)</b></p> <p><b>Änderung vom ...</b></p>	--	--
<i>Art. 10 Abs. 1 Einleitungssatz und Bst. c, Abs. 2 Einleitungssatz und Bst. a, Abs. 3 Bst. d</i>	--	
2 Bei Personen, die dauernd oder nicht länger als drei Monate in einem Heim oder Spital leben (in Heimen oder Spitälern lebende Personen), werden als Ausgaben anerkannt:	2 Bei Personen, die dauernd oder <del>nicht</del> länger als drei Monate in einem Heim oder Spital leben (in Heimen oder Spitälern lebende Personen), werden als Ausgaben anerkannt:	Hier scheint sich ein Fehler eingeschlichen zu haben: Das «nicht» gehört gestrichen.
a. die Tagestaxe für die Aufenthaltstage, die vom Heim oder Spital in Rechnung gestellt werden; die Kantone können die Kosten begrenzen, die wegen des Aufenthaltes in einem Heim oder Spital berücksichtigt werden; sie sorgen dafür, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Abhängigkeit von der Sozialhilfe entsteht;		
3 Bei allen Personen werden zudem als Ausgaben anerkannt:	3 Bei allen Personen werden zudem als Ausgaben anerkannt:	
d. ein jährlicher Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung; der Pauschalbetrag hat der kantonalen beziehungsweise regionalen Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (inkl. Unfalldeckung) zu entsprechen; die Kantone können die tatsächliche Prämie anerkennen, wenn diese tiefer ist als der Pauschalbetrag;	d. ein jährlicher Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung; der Pauschalbetrag hat der kantonalen beziehungsweise regionalen Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (inkl. Unfalldeckung) zu entsprechen; <u>die Kantone anerkennen die tatsächliche Prämie, wenn diese tiefer ist als die kantonale beziehungsweise regionale Durchschnittsprämie. Für den Fall, dass die tatsächliche Prämie höher ist als der Pauschalbetrag, wird höchstens der Pauschalbetrag als Ausgabe anerkannt, der Pauschalbetrag hat höchstens der kantonalen beziehungsweise regionalen Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (inkl. Unfalldeckung) zu entsprechen; die Kantone können anerkennen die tatsächliche Prämie anerkennen, wenn diese tiefer ist als der Pauschalbetrag;</u>	<p>Einzelne Kantone sehen bereits heute vor, dass die Prämienverbilligung für Ergänzungsleistungsbezüger die geschuldete Prämie nicht übersteigen darf. Die kantonalen beziehungsweise regionalen Durchschnittsprämie sollten nur dazu dienen, um die Obergrenze für den Pauschalbetrag festzulegen</p> <p>Es ist nach Meinung der Versicherer in der Sache nicht richtig, wenn Bezüger von Ergänzungsleistungen in gewissen Kantonen profitieren, wenn die tatsächliche Prämie kleiner ist als der Pauschalbetrag. Dies ist einerseits eine Ungleichbehandlung von Bezüger von Ergänzungsleistungen in verschiedenen Kantonen und andererseits eine Ungleichbehandlung aller anderen Bezüger von Prämienverbilligung, insbesondere von Bezüger von individueller Prämienverbilligung. Gemäss Art. 21a Abs. 1 des Entwurfs zum ELG soll zudem der Betrag (Pauschalbetrag oder tatsächliche Prämie) direkt an den Krankenversicherer ausbezahlt werden. Um unnötige Rückabwicklungen zu vermeiden, muss in Art. 10 Abs. 3 lit. d zwingend festgehalten werden,</p>

		<p>dass höchstens die tatsächliche Prämie anerkannt und ausbezahlt wird.</p> <p>Bezüger von Ergänzungsleistungen sollten auf anderen Wegen dazu angehalten werden, einen vergleichsweise günstigen Versicherer für die Grundversicherung zu wählen.</p>
<i>Art. 11 Abs. 1 Bst. b, c, g und i, 3 Bst. g</i>	--	
1 Als Einnahmen werden angerechnet:	--	
i. die Prämienverbilligung für die Zeitspanne, für die rückwirkend eine Ergänzungsleistung ausgerichtet wird.		<p>Diese Regelung erscheint sinnvoll, um Doppelzahlungen der Kantone zu vermeiden und den Ablauf bei rückwirkender Ergänzungsleistung bei bereits ausbezahlter Prämienverbilligung administrativ zu vereinfachen. Die Abklärungen, ob ein solcher Fall vorliegt, muss aber kantonsintern zwischen den betroffenen Stellen abgeklärt werden. Es ist sicherzustellen, dass solche Abklärungen nicht durch den Krankenversicherer vorgenommen werden müssen.</p>
<b>Art. 21a Auszahlung des Betrages für die Krankenpflegeversicherung</b>		
1 Der Betrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d ist in Abweichung von Artikel 20 ATSG direkt dem Krankenversicherer auszus zahlen.		
2 Ist die jährliche Ergänzungsleistung kleiner als der Betrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, so ist der Betrag der jährlichen Ergänzungsleistung dem Krankenversicherer auszus zahlen.		<p>Dieser Absatz ist zu begrüssen. Es ist sicherzustellen dass Zahlungen in Rahmen der Prämienverbilligung (Art. 65 KVG) und somit auch Zahlungen im Rahmen der Ergänzungsleistungen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung direkt an die Krankenversicherer auszus zahlen sind.</p>
3 Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für rückwirkend auszurichtende Ergänzungsleistungen.		<p>Dieser Absatz erscheint sinnvoll und ist zu begrüssen. Sinnvoll. Siehe auch Bemerkungen zu Art. 11</p>
<b>Übergangsbestimmung</b>		
Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen, für die die Änderung der Artikel 9 Absätze 1 und 3 Buchstaben b und c, 10 Absatz 3 Buchstabe d, 11 Absatz 1 Buchstabe c und 11a Absatz 1 einen tieferen Betrag der jährlichen Ergänzungsleistung zur Folge hat, gilt während drei Jahren ab Inkrafttreten dieser Änderung das bisherige Recht.		<p>Die dreijährige Übergangsfrist ist als «Härtefallklausel» zu begrüssen. Die nachteiligen Folgen der Gesetzesrevision für gewisse langjährigen EL-Bezüger werden dadurch leicht abgefedert.</p> <p>Bezüger von EL sind dazu zu bewegen, durch Wahl eines günstigeren Modells oder Wechsel des Krankenversicherers Einsparungen auf die Prämien der Grundversicherung zu erzielen.</p>

