

An den Landrat

Glarus, 23. November 2010

Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung
*(Spitalfinanzierung und -planung / Nichtentrichteten Prämien und Kostenbeteiligungen,
Prämienverbilligung direkt an Krankenversicherer)*

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Vorlage im Überblick

Spitalfinanzierung und -planung

Am 21. Dezember 2007 revidierte das Bundesparlament das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Spitalplanung und Spitalfinanzierung. Ab 2012 wird die stationäre Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit leistungsbezogenen Fallpauschalen abgegolten. Die Kantone müssen die Leistungen für die auf ihrem Kantonsgebiet wohnhaften Patienten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Subjektfinanzierung) mit mindestens 55 Prozent mitfinanzieren; die Krankenversicherer übernehmen den Rest. Neben den Betriebskosten haben die Fallpauschalen neu auch die Investitionskosten abzugelten; alle Spitäler müssen ihre Investitionen künftig aus den laufenden Erträgen finanzieren. Entscheidend für die Mitfinanzierungspflicht der Kantone ist die Aufnahme der Einrichtung auf die Spitalliste eines Kantons. Die versicherte Person kann unter diesen Listenspitälern frei wählen. Die Kantone müssen mit ihrer Spitalplanung die stationäre Spitalversorgung ihrer Bevölkerung sicherstellen. Die finanziellen Auswirkungen sind für Kantone und Spitäler unklar. Die Verhandlungen laufen auf eidgenössischer Ebene zwischen den Tarifpartnern. Es wird mit Mehrkosten für die Kantone gerechnet.

Die Revision des KVG führt zu Anpassungsbedarf der kantonalen Gesetzgebung. Auf nicht zwingend notwendige Regelungen und Wiederholungen des Bundesrechts wird verzichtet. Die kantonale Mitfinanzierung der inner- und ausserkantonalen Listenspitäler dürfte die Krankenversicherer zwar finanziell entlasten, doch wird sie die Mitbeteiligung an den Investitionskosten belasten. Die Zusatzversicherung hingegen wird wegen der kantonalen Mitfinanzierung ausserkantonomer Hospitalisationen in einem Listenspital wiederum entlastet. Aufgrund der engen inhaltlichen Verbundenheit der leistungsbezogenen Fallpauschalen und der bedarfsgerechten, leistungsbezogenen Spitalplanung ist die kantonale Neuregelung auf den 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen.

Nichtentrichteten Prämien und Kostenbeteiligungen, Prämienverbilligung direkt an Krankenversicherer

Die Kostenübernahme von medizinischen Leistungen wird seit 2006 vom Krankenversicherer aufgeschoben, wenn die versicherte Person Prämien trotz Mahnung nicht bezahlt und im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt ist (Leistungsaufschub). Laut Schätzungen sind mehr als 150'000 Personen von einem Leistungsaufschub betroffen, und die Leistungserbringenden sitzen auf unbezahlten Rechnungen. Der drastischen Zunahme nicht bezahlter Prämien und Leistungssistierungen soll die am 19. März 2010 verabschiedete Gesetzesrevision dauerhaft entgegenwirken. Die Revision der Artikel 64a und 65 KVG sieht vier hauptsächliche Änderungen vor:

- der Leistungsaufschub wird aufgehoben;
- der Versicherungsschutz bleibt für einen säumigen Prämienzahler bestehen;
- die Kantone haben 85 Prozent der Forderungen über uneinbringliche Prämien zu decken;
- der Krankenversicherer erstattet dem Kanton 50 Prozent des erhaltenen Betrags zurück, sobald sämtliche Schulden der versicherten Person beglichen sind.

Die Prämienverbilligung soll in allen Kantonen einheitlich und über ein standardisiertes Verfahren an die Krankenversicherer bezahlt werden. Die Kantone können als erzieherische Massnahme säumige Prämienzahlende auf einer Liste erfassen, auf die Leistungserbringende, Gemeinden und Kantone Zugriff haben. Bei solchen Personen schieben die Krankenversicherer die Kostenübernahme für medizinische Leistungen solange auf, bis die ausstehenden Prämien bezahlt sind, und die Leistungserbringenden nehmen nur noch Notfallbehandlungen vor. Auch diese Änderungen führen zum Anpassungsbedarf des EG KVG.

1. Neuregelung Spitalfinanzierung und Spitalplanung

1.1. Änderung Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Am 21. Dezember 2007 beschloss das eidgenössische Parlament eine Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Sie betrifft Spitalplanung und Spitalfinanzierung und führt die freie Spitalwahl für grundversicherte Patientinnen und Patienten ein. Die Revision steht seit dem 1. Januar 2009 in Kraft. Die kantonale Spitalplanung muss spätestens am 1. Januar 2015 an die neuen Vorgaben des Bundesrechts angepasst sein; die Neuordnung der Spitalfinanzierung ist in den Kantonen spätestens am 1. Januar 2012 einzuführen. Die Ausführungsbestimmungen wurden vom Bundesrat am 22. Oktober 2008 geändert.

1.1.1. Bisherige Finanzierung von Spitalbehandlungen

Behandlungen in Spitälern können ambulant oder stationär erfolgen. Neben den öffentlichen Spitälern gibt es öffentlich subventionierte und nicht subventionierte Privatspitäler. Im spital-ambulantem Bereich sowie generell in Privatspitälern ohne öffentliche Subventionierung werden die Leistungen des Spitals grundsätzlich über die Krankenversicherung abgegolten (monistische Finanzierung). Bei stationärer Behandlung auf der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und subventionierten Spitäler gibt es zwei Kostenträger: Kanton und Krankenversicherer (duale Finanzierung). Letztere übernehmen maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten, während die Kantone die restlichen Betriebs- und die Investitionskosten bestreiten. Gemäss einem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts müssen die Kantone zudem Beiträge an stationäre KVG-Leistungen für Privat- und Halbprivatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern erbringen. Sie leisten seit 2002 diesen Sockelbeitrag zur Verbilligung der innerkantonalen stationären Behandlungen von Halbprivat- und Privatpatienten direkt an die anspruchsberechtigten Spitalinstitutionen.

1.1.2. Vorgaben des Bundes zur Spitalfinanzierung

Die KVG-Revision beinhaltet eine tiefgreifende Umstellung des Spitalfinanzierungssystems. Als Spitäler im Sinne des KVG gelten Anstalten und deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Art. 39 KVG). Das neue Spitalfinanzierungssystem gilt neu sinngemäss auch für Geburtshäuser (Art. 41 Abs. 1^{ter} KVG).

1.1.2.1. Leistungsbezogene Finanzierung

Das revidierte KVG führt zu folgenden neuen Rahmenbedingungen:

- Die Investitionskosten (Anlagenutzungskosten) werden mit den Fallpauschalen abgegolten; die Spitäler müssen die Investitionen aus den laufenden Erträgen finanzieren.
- Die Kantone haben sich auch an Kosten der stationären Behandlung von Kantonsewohnern in Privatspitalern zu beteiligen, wenn sich letztere auf einer Spitalliste befinden. Die Zusatzversicherung übernimmt nur noch die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Zusatzleistungen für Halbprivat- und Privatversicherte.
- Für die Spitaltarife sind nicht mehr (nur) anrechenbare Kosten massgebend. Die zwischen Spital und Krankenversicherer vereinbarten Fallpauschalen orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- Die Kantone können die Beitragsberechtigung der Spitäler nicht (mehr) in ihrer kantonalen Gesetzgebung festlegen. Entscheidend für ihre Mitfinanzierungspflicht ist die Aufnahme der Institutionen auf die Spitalliste eines Kantons.
- Die Kantone können ihren Finanzierungsmodus an die stationäre Behandlung nicht mehr in ihrer Gesetzgebung bestimmen. Ihre Beiträge und die der Krankenversicherer sind aufgrund der Vorgaben des KVG anteilmässig auszurichten. Es handelt sich nicht mehr um Subventionen (eigene Spitalinstitution oder begrenzte Zahl von Institutionen) sondern um subjektorientierte Beiträge an die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten aus der eigenen Bevölkerung.

Bisher finanzierten die Kantone die Spitäler über Globalbudget, Defizitdeckung und dergleichen (Objektfinanzierung). Neu finanzieren sie die Leistungen für die auf ihrem Kantonsgebiet wohnhaften Patienten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Subjektfinanzierung). Dies soll die Spitäler zur Effizienzsteigerung anregen und die Kostentransparenz erhöhen. Die stationäre Untersuchung und Behandlung wird mit leistungsorientierten Pauschalen vergütet, die zwischen Krankenversicherern und Spitalern ausgehandelt werden. Deren Höhe orientiert sich massgeblich an derjenigen des Spitals, das die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt (Benchmark). Die Pauschalen basieren auf dem Vollkostenprinzip; es werden sämtliche anrechenbaren Kosten der stationären Spitalbehandlung mit eingerechnet. Neben den Betriebskosten gelten sie die Investitionskosten ab (Amortisation, Kapitalverzinsung = pauschaler Investitionsbeitrag an Spitalinfrastruktur). Die Pauschalen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Insbesondere Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, Forschung und universitäre Lehre sind dazuzuzählen.

1.1.2.2. Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen

Das neue leistungsbezogene Vergütungsmodell für die Spitalbehandlung basiert auf dem Patientenklassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis related groups). Durch die Berechnung der Pauschalen auf gleicher Grundlage werden aussagekräftige Vergleiche zwischen den Spitalern möglich. Die Tarifpartner setzen mit den Kantonen eine Organisation ein, der die Erarbeitung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur obliegt (Art. 49 Abs. 2 KVG): die im Januar 2008 gegründete gemeinnützige Aktiengesellschaft SwissDRG AG. Das von ihr erarbeitete Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen baut auf dem 2005 in Deutschland eingeführten

System auf. Medizinisch ähnliche Fälle werden zu kostenhomogenen Gruppen zusammengefasst und mit einer Pauschale entschädigt. Die SwissDRG ist zudem für die Pauschal-tarifierung in Rehabilitation, Psychiatrie und Geburtshäusern zuständig; für dieses Vergü-tungsmodell liegen aber noch keine Entscheide vor.

Am 18. Juni 2010 genehmigte der Bundesrat den von „santésuisse“ (Verband der Kranken-versicherer), „H+ Die Spitäler der Schweiz“ und der Schweizerischen Konferenz der kanto-nalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) unterzeichneten Tarifvertrag. Der (Rahmen-)Vertrag führt die Tarifstruktur von Swiss-DRG ein. Bedauerlicherweise regelt er wichtige Fragen zu Einführung und Preisbildung (Berechnung und Verhandlung der Basis-preise, kostenneutrale Einführung Finanzierungssystem) nicht. Die Tarifpartner arbeiten zurzeit intensiv an der Einführungsversion. Weitere Fragen (Ausgleichsmechanismen, Fest-legen Basispreis, finanzielle Auswirkungen, Mechanismen Qualitätssicherung) sind aber immer noch nicht genauer definiert. Es ist nicht auszuschliessen, dass solche Fragen letzt-lich die Kantone beantworten, insbesondere zum Tarif, welcher von der Regierung jenes Kantons zu genehmigen ist, in welchem er angewandt wird; erzielen die Tarifpartner keine Einigung, setzt der Kanton den Tarif fest.

1.1.2.3. Anteil der Kantone an den Pauschalen

Die Kantone müssen mindestens 55 Prozent, die Krankenversicherer den Rest der Pau-schale übernehmen (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG). Kantone, deren Durchschnittsprämien für Erwachsene zum Einführungszeitpunkt der neuen Spitalfinanzierung (1.1.2012) die schwei-zerische Durchschnittsprämie unterschreiten, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf dann der Finanzierungsanteil jährlich um höchstens 2 Prozentpunkte angepasst werden (Abs. 5 Übergangsbestimmungen KVG-Revision). Ein geringer (als 55%) kantonaler Vergütungsanteil kann das Erhöhen der Kran-kenkassenprämien durch die Krankenversicherer bewirken. – Die Kantone müssen ihren Anteil für das Kalenderjahr spätestens neun Monate zuvor festlegen (Art. 49a Abs. 2 KVG).

1.1.2.4. Freie Spitalwahl

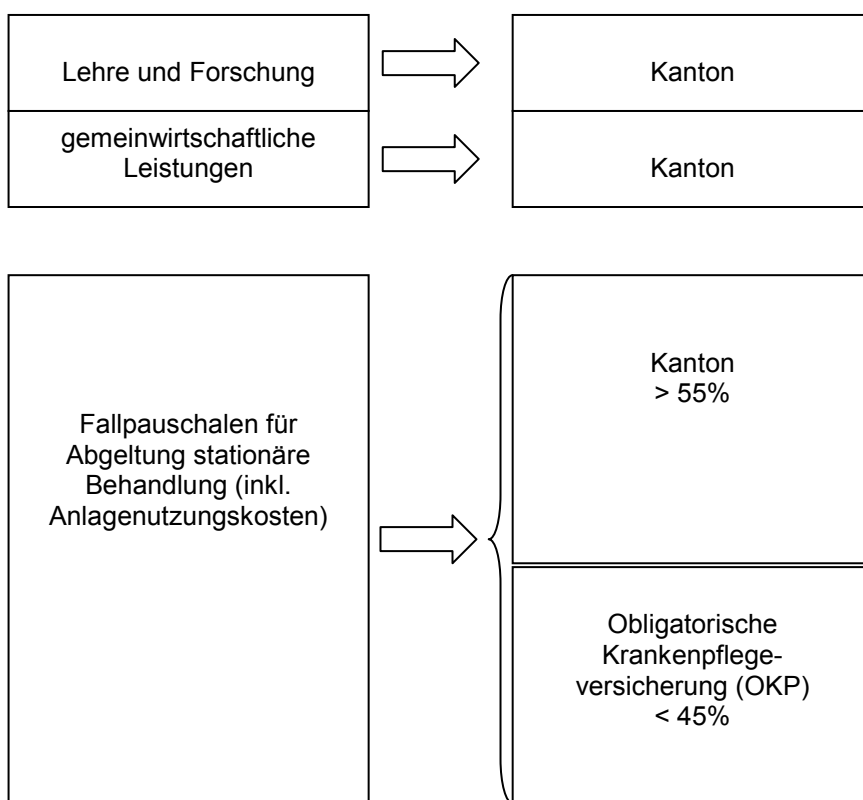
Die versicherte Person kann neu für ihre stationäre Behandlung unter jenen Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind (Listenspital). Krankenversiche- rer und Wohnkanton übernehmen die Vergütung, wenn die versicherte Person das ausser-kantonale Listenspital (obwohl die Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons angeboten würde) aufsucht. Sie richtet sich nach dem Tarif, der im Listenspital des Wohn- kantons für die betreffende Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1^{bis} und 3 KVG). Der Patient oder seine Zusatzversicherung muss eine allfällige Differenz zum Tarif, der im ausgewählten Spital gilt, übernehmen.

1.1.2.5. Vertragsspitäler

Spitäler, die nicht auf die Spitalliste aufgenommen werden, können mit den Krankenversi- cherern Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflege- versicherung abschliessen; sie erlangen den Status von „Vertragsspitalern“. Von der Mit- finanzierung durch die Kantone bleiben sie jedoch ausgeschlossen.

Die neuen Instrumente der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl sollen Wirtschaft- lichkeit und Qualitätswettbewerb fördern.

Abbildung 1: Finanzierung der stationären Spitalleistungen gemäss KVG-Vorgaben



1.1.3. Die Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung

Das KVG verpflichtet die Kantone zu bedarfsgerechter Spitalversorgung. Die Revision des KVG gibt den Kantonen schweremässig vor:

- Die Spitalplanung muss auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2^{ter}, Abs. 3 Übergangsbestimmungen KVG).
- Die Kantone müssen ihre Planungen koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG).

Mit der Spitalplanung stellen die Kantone die stationäre Spitalversorgung ihrer Bevölkerung sicher. Dabei gilt zu beachten, dass die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten nun sämtliche Listenspitäler aller Kantone umfasst (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Mit revidierter KVV erliess der Bundesrat einheitliche auf Qualität und Wirtschaftlichkeit basierende Planungskriterien (Art. 39 Abs. 2 KVG; Art. 58a – 58f KVV). Gemäss Ausführungsbestimmungen ermitteln die Kantone den Bedarf an stationären Spitalbehandlungen in nachvollziehbaren Schritten und stützen sich dabei auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche. Das Angebot auf der kantonalen Spitalliste beinhaltet inner- und ausserkantonale Spitäler und entspricht dem Versorgungsbedarf. Bei Beurteilung und Auswahl des zu sichernden Angebots sind neben Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung u.a. Behandlung innert nützlicher Frist und Bereitschaft sowie Kapazität zur Erfüllung des Leistungsauftrages massgebend. Die Kantone müssen die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität sowie Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien beachten. Die Planung muss in der Akutsomatik leistungsorientiert erfolgen. Bei Rehabilitations- und Psychiatrieinstitutionen ist leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen zu planen. Die Kantone haben ihre Planung zu koordinieren: Nach Auswertung der Informationen über Patientenströme sind diese auszutauschen und die Planungsmassnahmen zu koordinieren. Die Kantone führen auf ihrer Spitalliste die inner- und ausserkantonalen Spitalinstitutionen auf, die notwendig sind, um die Versorgung ihrer Bevölkerung sicherzustellen. Auf der Spitalliste wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt.

1.2. Anpassung kantonale Gesetzgebung

1.2.1. Notwendigkeit und Form der Anpassung

Die Revision des KVG führt zu Anpassungsbedarf in der kantonalen Gesetzgebung (EG KVG). Es geht insbesondere um die technische Umsetzung nach dem Leitspruch „so wenig wie möglich und so viel wie nötig“. Auf nicht zwingend notwendige Regelungen und Wiederholungen des Bundesrechts wird verzichtet. Aufgrund der engen Verbundenheit leistungsbezogene Fallpauschale / bedarfsgerechte, leistungsbezogene Spitalplanung ist es sinnvoll, die Neuregelung gesamthaft auf den 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen.

1.2.2. Geltende Regelung

Die geltende Spitalliste ist seit dem 1. Januar 1998 in Kraft. Sie sichert die stationäre Spitalversorgung der Glarner Bevölkerung im Wesentlichen durch Leistungsverträge mit inner- und ausserkantonalen Spitälern. Ihr liegt eine bedarfsgerechte Verteilung der medizinischen Fachgebiete und Dienste auf die notwendigen Spitäler zugrunde. Bisher wurden die Leistungen nach Leistungsbereichen zugeteilt, und die Planung erfolgte innerkantonal kapazitätsbezogen mittels Festlegen einer Bettenobergrenze, die sich im Verlaufe der Zeit erheblich (nach unten) veränderte, ohne dass die Spitalliste revidiert wurde.

Die Leistungspflicht des Kantons Glarus besteht (gemäss geltender Spitalliste):

- bei Behandlungen in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern des Kantons Glarus (Art. 49 Abs. 1 KVG): für öffentlich subventioniert gilt eine Heilanstalt (Spital), wenn der Kanton über den Anteil der Versicherten aus seinem Kantonsgebiet mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung finanziert;
- bei Behandlung in einer öffentlichen oder öffentlich subventionierten Heilanstalt innerhalb der Schweiz, die in der Spitalliste ihres Standortkantons aufgeführt ist: sofern diese nicht in einer auf der Glarner Spitalliste aufgeführten Heilanstalt durchgeführt werden kann und die Behandlung medizinisch indiziert ist (Kostengutsprache Kantonsarzt Glarus);
- bei Behandlungen in Heilanstalten, mit denen der Kanton Glarus eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen hat: im Rahmen der Vereinbarung.

Die Spitalplanung unterscheidet drei Versorgungsniveaus:

- Grundversorgung und erweiterte Grundversorgung (im Akutbereich) in den medizinischen Fachbereichen: Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe;
- spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung (im Akutspitalbereich): umfassende Abklärung, Behandlung und Pflege sowie Notfallversorgung von Verunfallten, Erkrankten und Schwangeren aller Versicherungsklassen durch spezialisierte Behandlungs- und Pflegeteams unter Einsatz umfassender, spezialisierter Verfahren der Diagnostik, Therapie und Pflege;
- Spezialkliniken, die in ausgewählten Behandlungsfeldern eine umfassende spezialisierte Versorgung wahrnehmen.

Auf der Glarner Spitalliste sind Spitäler mit einem Leistungsvertrag aufgeführt. Sie sind berechtigt, ihre Leistungen im Rahmen des KVG-Leistungskataloges und des jeweiligen Leistungsauftrages vollumfänglich zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abzurechnen. Zurzeit verfügen zwei Einrichtungen mit innerkantonalem Standort und dreizehn ausserkantonale Institutionen über einen Leistungsauftrag in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

1.2.3. Grundzüge neue Regelung

Der Bundesgesetzgeber geht von der Zuständigkeit der Kantonsregierung für die Spitalplanung und den Erlass der Spitalliste aus (Art. 53 Abs. 1 KVG). Die geltende Zuständigkeit des

Regierungsrates, Spitalplanung und Spitalliste zu erlassen und Leistungsaufträge an die Listenspitäler zu erteilen (Art. 2), wird nun in einem separaten Teil des EG KVG mit kantonalen Ausführungsbestimmungen ergänzt. Die im KVG und den Ausführungsbestimmungen enthaltenen Regelungen werden nicht wiederholt. Inhalt des kantonalen Gesetzes sollen einzig die für die Umsetzung des Bundesrechts zwingend nötigen Ausführungsbestimmungen und die entsprechenden Zuständigkeitregelungen auf Kantonsebene sein. Demnach wird z.B. bewusst auf eine Aufzählung der detailliert enthaltenen Planungskriterien verzichtet (Art. 58a–58e KVV). Den Empfehlungen der GDK folgend, ist es hingegen z.B. nötig, gesetzliche Grundlagen zu schaffen, um auf Verstösse gegen einen Leistungsauftrag reagieren oder die für die Spitalplanung und -finanzierung nötigen Daten erheben zu können.

1.2.4 *Finanzielle Auswirkungen*

Mangels einheitlicher Kostenerfassung in den Kantonen ist die Verschiebung der Finanzierungsstruktur schwierig zu beurteilen. Es zeichnen sich folgende finanzielle Tendenzen ab: die kantonale Mitfinanzierung der inner- und ausserkantonalen Listenspitäler dürfte die Krankenversicherer eher entlasten; hingegen belastet sie neu die Mitfinanzierung von Investitionen; die kantonale Mitfinanzierung entlastet bei ausserkantonalen Hospitalisationen die Zusatzversicherungen. Unklar sind die finanziellen Auswirkungen der freien Spitalwahl. Einzelne Kantone (z.B. ZH, AR, TG) erwarten aufgrund von Schattenrechnungen einen kantonalen Mehraufwand von 7 bis 10 Prozent.

1.3. **Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen**

Artikel 1; Zweck

Absatz 2. – Der Zweckartikel wird mit den neuen Themenbereichen über den Vollzug der Pflegefinanzierung sowie der Spitalplanung und Spitalfinanzierung ergänzt.

Artikel 2; Regierungsrat

Absatz 1 Buchstabe c. – Heute ist die Kantonsgrenze massgebend. Mit der freien Spitalwahl wird die Kantonale Spitalliste massgebendes Kriterium und nicht mehr, ob sich ein Spital im oder ausser des Kantons befindet. Regelungsbedarf besteht grundsätzlich in zwei Fällen: Kanton und Krankenversicherer vergüten heute den vollen Tarif, wenn aus medizinischen Gründen eine Behandlung in einem nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführten Spital benötigt wird; heute muss der Glarner Patient oder seine Zusatzversicherung allfällige Mehrkosten bezahlen, wenn er ohne medizinisch indizierten Grund ein Listenspital eines anderen Kantons auswählt. Die Änderung legt den Schwerpunkt auf die kantonale Spitalliste.

Buchstabe d (neu). – Die dem Kanton zugewiesene Kompetenz (Art. 49a KVG), den Kantonsanteil an die Vergütung der stationären Behandlung jeweils neun Monate vor Beginn des Kalenderjahres festzulegen, wird dem Regierungsrat zugewiesen. Der Mindestanteil von 55 Prozent an den Behandlungskosten will nicht überschritten werden, ausser die Durchschnittsprämien für Erwachsene liegen unter dem schweizerischen Mittel. Der Vergütungsanteil kann dann zwischen 45 und 55 Prozent festgelegt werden. Es besteht eine Wechselwirkung zur Krankenkassenprämie: je tiefer der Anteil des Kantons, desto mehr werden Staatskasse und somit Steuerzahlende entlastet. Andererseits werden die Prämienzahlenden stärker belastet, weil die Krankenkasse einen höheren Anteil übernimmt. – Wegen des Einschubs von Buchstabe *d* werden *d–f* bisher zu *e–g*.

Artikel 3; Zuständiges Departement

Absatz 1. – Gemäss Systematik wird im Gesetzeserlass nur noch die Bezeichnung „Departement“ verwendet, womit immer das zuständige Departement gemäss Verwaltungsorganisation gemeint ist.

Artikel 4; Zuständige kantonale Verwaltungsbehörde (Art. 5; Gemeinden)

Buchstabe c. – Mit der freien Spitalwahl ist nicht mehr die stationäre Behandlung ausserhalb der Kantonsgrenze massgebend, sondern das Verfahren für Behandlungen von Glarner Patientinnen und Patienten in einem Spital, das sich nicht auf der Spitalliste des Kantons Glarus befindet (s. Art. 2 Abs. 2 Bst. c). Der Erteilung einer Kostengutsprache des Kantonarztes bedarf es bei einer medizinisch begründeten Behandlung in einem Spital, das sich nicht auf der Spitalliste des Kantons befindet.

Buchstabe g. – Im Zusammenhang mit den gesetzlichen Anpassungen betreffend der Kantonalisierung des Sozial- und Vormundschaftswesens (Memorial 2007, S. 148, Ziff. 5.8.) wurden sämtliche Aufgaben der Fürsorgegemeinden dem kantonalen Sozialamt übertragen. Dabei wurde die Aufgabe – Verlustscheine für uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen entgegennehmen – aus der Gemeindezuständigkeit nicht herausgelöst; dies geschieht nun (Verschiebung aus Art. 5 Abs. 3 in Art. 4 Bst. g).

Artikel 33^e (neu); Spitalplanung

Absatz 1. – Zuständig für den Erlass der Spitalplanung ist von Bundesrechts wegen der Regierungsrat. Zu beachten sind insbesondere die Planungskriterien (Art. 58ff KVV); Planungszweck ist eine bedarfsgerechte Spitalversorgung.

Absatz 2. – Die Spitalplanung ist vom Regierungsrat zwar periodisch zu überprüfen, dies aber nur bei Bedarf und nach Gewährung des rechtlichen Gehörs. Als Betroffene gelten in erster Linie Spitäler. Nicht formell anzuhören sind Dritte (z.B. politische Parteien).

Artikel 33^f (neu); Spitalliste

Absatz 1. – Gestützt auf die Spitalplanung erlässt der Regierungsrat eine Spitalliste (Art. 58e KVV). Diese enthält die (inner- und ausserkantonalen) Spitäler, die notwendig sind, um eine bedarfsgerechte Versorgung für die Glarner Bevölkerung zu gewährleisten. Sie ist nach Leistungsbereichen und -gruppen zu gliedern.

Absatz 2. – Analog zur Bestimmung über die Spitalplanung (Art. 33^e Abs. 2) überprüft der Regierungsrat die Spitalliste periodisch und passt sie – ebenfalls nur bei Bedarf und unter Anhörung der Betroffenen – an. Auch hier gelten als Betroffene in erster Linie Spitäler.

Absatz 3. – Die Aufzählung von Auflagen, von welchen die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste abhängig gemacht werden kann, ist nicht abschliessend. Das Departement prüft, ob die Listenspitäler die Auflagen einhalten.

Absatz 4. – Spitäler sollen auch nur für Teile ihres Angebotes aufgenommen werden können, weil die hoch spezialisierte Medizin auf wenige Zentren konzentriert sein wird (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG).

Art. 33^g (neu); Leistungsauftrag

Absatz 1. – Der Regierungsrat erteilt jedem Listenspital einen Leistungsauftrag auf eine festgelegte Dauer und überprüft ihn regelmässig.

Absatz 2. – Der Leistungsauftrag ist an das jeweilige Spital, dessen Qualitätsvoraussetzungen und Standort gebunden. Allerdings ist Untervergabe von Supportleistungen zulässig, sofern die Versorgungssicherheit nicht gefährdet ist (Zeitverzögerung in der Behandlung, fehlende Aufnahmebereitschaft usw.). Als medizinische Supportleistungen gelten Teilleistungen, welche die Erfüllung des Leistungsauftrages unterstützen, z.B. Zusammenarbeit zur Sicherung des externen Notfalldienstes mit anderen Spitälern oder Radiologie-, Labor- und Pharmazieleistungen, sofern diese wirtschaftlich und in guter Qualität erbracht werden. Das untervergebende Listenspital trägt dabei weiterhin die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtbehandlung. Supportleistungen, die der Auftragnehmer untervergeben möchte, sind im Leistungsauftrag anzugeben. Ist ein Listenspital nicht mehr in der Lage, seinen Leistungsauftrag zu erfüllen, hat es den Kanton umgehend zu informieren und die im Leistungsauftrag definierten Massnahmen zu treffen.

Absatz 3. – Bei wiederholten oder schweren Verstössen gegen den Leistungsauftrag stehen dem Regierungsrat Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung. Er kann um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten den Leistungsauftrag ganz oder teilweise entziehen, einem

anderen Spital erteilen und geleistete Abgeltungen zurückfordern. Beim Ergreifen einer solchen Sanktion schuldet der Kanton dem Spital keinerlei Kompensation.

Artikel 33^h (neu); Tarifverträge

Absatz 1. – Gemäss Bundesvorgabe genehmigt der Regierungsrat die zwischen den Tarifpartnern vereinbarten Verträge (Krankenversicherer und Spitäler) oder setzt den Tarif fest, sofern sich die Partner nicht einigen (Art. 2 Abs. 2 Bst. d).

Absatz 2. – Den Tarifpartnern wird vorgeschrieben, geeignete Massnahmen vorzusehen, um einen Kostenanstieg wegen nicht gerechtfertigter Mengenausweitung zu verhindern. So wären z.B. degressive Tarife festzulegen, die auf der Basis von 100 Prozent der Fallpauschale in einen Kantons- und einen Krankenversicherungsanteil aufgeteilt werden müssten.

Absatz 3. – Die direkte und substanzielle Mitfinanzierungspflicht begründen ein wesentliches finanzielles Interesse an Verhandlungsverlauf und -ergebnis; die Verhandlungspartner informieren das Departement angemessen über die Tarifverhandlungen.

Artikel 33ⁱ (neu); Daten

Absatz 1. – Für die Datenlieferung an die zuständigen kantonalen Stellen ist eine Rechtsgrundlage erforderlich (analog Art. 22a KVG). Die Spitäler und Krankenversicherer sind verpflichtet, den kantonalen Stellen die für die Spitalplanung und -liste, die Kontrolle der Leistungsaufträge sowie die Überprüfung von Wirtschaftlichkeit, Qualität, Wirksamkeit und Angemessenheit der Leistungserbringung erforderlichen Daten der stationären und ambulanten Versorgung unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Ohne diese Angaben können die kantonalen Stellen die zugewiesenen Aufgaben nicht seriös erfüllen.

Absatz 2. – Der Regierungsrat kann Spitäler mit Leistungsauftrag und Krankenversicherer zur Abgabe weiterer Daten ohne Kostenfolgen für den Kanton verpflichten.

Absatz 3. – Die Daten können in anonymisierter Form zu statistischen Zwecken oder zu Betriebsvergleichen (Benchmarks) veröffentlicht werden.

2. Nichtentrichteten Prämien und Kostenbeteiligungen, Prämienverbilligung direkt an Krankenversicherer

2.1. Ausgangslage

Die Regelung betreffend unbezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen in der sozialen Krankenversicherung wurde von den eidgenössischen Räten 2005 getroffen (Art. 64a KVG): Aufschub der Kostenübernahme für Leistungen (Leistungsaufschub/-sistierung). Die Kostenübernahme von medizinischen Leistungen wird vom Krankenversicherer aufgeschoben, wenn der Versicherte trotz Mahnung Prämien nicht bezahlt und im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt ist. Seit der Inkraftsetzung am 1. Januar 2006 sind gemäss Schätzungen der GDK mehr als 150'000 Personen von einem Aufschub der Kostenübernahme betroffen. Die Leistungserbringende sitzen auf unbezahlten Rechnungen (z.B. Spitäler ganze Schweiz: etwa 80 Mio. Fr.). Die Kantone kennen sehr unterschiedliche Regelungen betreffend Gesundheitsleistungen für Personen mit Leistungsaufschub. Leistungserbringende gerieten zum Teil in finanzielle Schwierigkeiten, und das Versicherungsobligatorium wird mit der Leistungssistierung in Frage gestellt. Die Auswirkungen für betroffene Versicherte sind negativ, da sie teils keine adäquate Gesundheitsversorgung mehr erhalten. Die drastische Zunahme an nicht bezahlten Prämien und die wachsende Zahl von Leistungssistierungen waren Auslöser für eine Gesetzesrevision (Art. 64a und 65 KVG): Die Leistungssistierung wird aufgehoben und die finanzielle Verantwortungen der Kantone und Krankenversicherer neu geregelt.

Im Zusammenhang mit den Revisionsarbeiten zum KVG stellte sich die Frage, wie mit jenen Versicherten zu verfahren ist, die zwar zahlungsfähig, nicht aber Willens sind zu zahlen. Sie werden vermutlich unter dem Druck des Betreibungsverfahrens früher oder später ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen, weil keine Aussicht auf einen Verlustschein

besteht. Seit zwei Jahren werden im Thurgau zahlungsunwillige Versicherte mit Leistungsaufschub in eine Datenbank aufgenommen, auf die Leistungserbringende, Gemeinden, der kantonale Datenschutzbeauftragte, die Zuständigen des Gesundheitsamtes sowie die kantonale Informatik Zugriff haben. Mit Ausnahme von Leistungen der Notfallversorgung haben die in die Datenbank Aufgenommenen keinen Anspruch mehr auf Leistungen der sozialen Krankenversicherung. Die mit dem Vollzug der Prämienverbilligung betrauten Gemeinden bemühen sich um Rückzahlungsabkommen, um länger dauernden Leistungsaufschub bei sich zuspitzender finanzieller Situation zu verhindern. Das Datenpoolmodell entfaltet erzieherische Wirkung. Die Leistungserbringenden verweigern – nach Einsichtnahme in die Datenbank – Versicherten mit Leistungsaufschub die medizinische Behandlung, sofern es sich nicht um einen Notfall handelt. Die Gesetzesrevision sieht auf eidgenössischer Ebene dafür eine Rechtsgrundlage vor, was ein parlamentarisches Anliegen erfüllt («Eigenverantwortung statt Vollkasko bei säumigen Krankenkassenprämienzahlern»).

Um das Verwenden der Prämienverbilligung für andere Zwecke zu verhindern, legt die Revisionsvorlage fest, dass die Prämienverbilligung von allen Kantonen an die Krankenversicherer auszurichten ist (Art. 64a und 65 KVG, Fassung 19. März 2010). Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten; es wird auf den 1. Januar 2012 in Aussicht gestellt.

2.2. Nichtbezahlung von Prämien (Art. 64a, 65 KVG)

Der Aufschub der Kostenübernahme für Leistungen wird gestrichen. Die Kantone können innerhalb ihrer kantonalen Ausführungsbestimmungen festlegen, dass eine kantonale Behörde über das erhobene Betreibungsverfahren in Kenntnis gesetzt wird. Neu ist eine vom Kanton zu bezeichnende Revisionsstelle damit zu beauftragen, die Bekanntgabe der ausstehenden Forderungen der Krankenversicherer zu kontrollieren. Die Kontrolle dient auch dem Überprüfen der Datenbekanntgabe der Krankenversicherer. Die Revisionsstelle prüft, ob die gemeldeten Daten Prämien, Kostenbeteiligungen und Betriebskosten betreffen. Alle anderen Kosten, z. B. in Bezug auf Zusatzversicherungsleistungen, sind vom Krankenversicherer auszuscheiden. Damit soll die Bearbeitung der von den Krankenversicherern gemeldeten Verlustscheine erleichtert werden; die Kantone sollen damit ohne Verzögerung handeln können.

Die Kantone übernehmen gestützt auf die kontrollierten Daten 85 Prozent der Forderungen, die zu einem Verlustschein führten. Hat die versicherte Person ihre Ausstände teilweise oder vollständig bezahlt, erstattet der Krankenversicherer die Hälfte der bezahlten Beträge an den Kanton zurück. Bisher waren die Kantone kraft Bundesgesetz nicht verpflichtet, die uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen zu übernehmen. Der Kanton Glarus übernimmt aber bei Vorliegen eines Verlustscheines seit rund sechs Jahren – gestützt auf kantonales Recht – uneinbringliche Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten. Hierfür wendete er 2009 rund 0,7 Millionen Franken auf.

2.3. Direktzahlung Prämienverbilligung an Krankenversicherungen

Die Kantone entrichten die Prämienverbilligung (IPV) in sehr unterschiedlicher Form: Zahlung an Versicherte, Direktzahlung an Krankenversicherungen, Verrechnung mit Steuern. Die Auszahlungsform wird nun vereinheitlicht. Die Prämienverbilligung ist künftig von den Kantonen direkt an die Krankenversicherungen zu bezahlen, welche die Jahresprämie der anspruchsberechtigten Personen um den kantonalen Beitrag verbilligen. Dies garantiert zweckgemässe Verwendung der Beiträge und vermindert das Risiko von Zahlungsausständen der Versicherten. Zur administrativen Vereinfachung und um Verwaltungskosten zu sparen, soll für den Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern ein elektronischer Standard aufgebaut werden (Art. 65 Abs. 2 KVG). Die Kantone sind nicht mehr verpflichtet, die Krankenversicherer für die Mitwirkung im Verfahren zur Direktzahlung

der Prämienverbilligung speziell zu entschädigen. In den Ausführungsbestimmungen wird der Bundesrat die Einzelheiten regeln. Bestimmungen auf Verordnungsstufe sind jedoch noch nicht erlassen.

2.4. Übergangsbestimmungen

Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. März 2010 legt fest, dass der Krankenversicherer die Vergütung medizinischer Leistungen übernimmt, wenn der Kanton bis zum 1. Januar 2012 (voraussichtlicher Inkraftsetzungszeitpunkt) die Kosten für ausstehende fällige Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen sowie Betreuungskosten, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Titels geführt haben, übernimmt. Begleicht der Kanton diese Kosten nicht, so bleiben die Leistungsleistungen, die gestützt auf bisheriges Recht verfügt worden sind, bestehen. Dies bedeutet, dass die bis zum 1. Januar 2012 erbrachten Leistungen vom Krankenversicherer solange nicht bezahlt werden, bis die versicherte Person sämtliche ausstehenden Kosten zurückerstattet hat.

Gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmung haben diejenigen Kantone, welche die Prämienverbilligung bisher direkt an die Versicherten ausrichteten, innert zweier Jahre ab Inkrafttreten der Änderung (voraussichtlich bis 1.1.2014) das System der Prämienverbilligung an die neue Regelung anzupassen. Bis zur Systemumstellung müssen solche Kantone 87 anstatt 85 Prozent des Gesamtbetrages der Forderungen über ausstehende Prämien übernehmen.

2.5. Anpassung kantonale Gesetzgebung

2.5.1. Anpassung an Bundesrecht

Die Änderung des Bundesgesetzes führen zum Anpassungsbedarf des EG KVG hinsichtlich der gesamtschweizerisch einheitlichen Direktzahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer sowie der Verpflichtung der Kantone, uneinbringliche Prämien zu übernehmen (Art. 21, 22, 29, 31, 31^a und 32).

Versicherte und Leistungserbringenden im Kanton Glarus profitieren von der Regelung in den Übergangsbestimmungen. Da der Kanton nach geltendem Recht die uneinbringlichen Prämien im Umfang des Leistungsbereichs (Art. 32) übernimmt, sind die Voraussetzungen erfüllt, damit der Leistungsaufschub mit Inkrafttreten der Änderung des KVG aufgehoben wird.

2.5.2. Einführung Datenpool

Der Bundesgesetzgeber überlässt es den Kantonen, ob sie das Datenpoolmodell Thurgau einführen (Art. 64a Abs. 7 KVG). Entscheidet sich der Kanton für diese erzieherische Massnahme gegenüber zahlungsunwilligen Versicherten, müssen die Krankenversicherer die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlung für diese Personen aufschieben. Sie erstatten der kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Rückstattung der ausstehenden Prämienforderungen. Leistungserbringende, Gemeinden und Kanton haben Zugang zur Liste. Die Leistungserbringenden leisten bei erfassten säumigen Prämienzahlenden nur noch Notfallbehandlungen. Ob diese erzieherische Massnahme längerfristig geeignet ist, kann ohne genaue Kenntnis über die Wirkungen der übrigen einzuführenden Massnahmen noch nicht ausreichend beurteilt werden. Bei Direktzahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer (voraussichtlich ab 2012) ist zu analysieren, ob bereits dieser Systemwechsel die Betreibungsverfahren und damit die Zahl der Verlustscheine spürbar senkt. Es wird dann zu prüfen sein, ob das Datenpoolmodell eingeführt werden soll. Nur wenn alle Beteiligten das Datenpoolmodell

konsequent umsetzen, entfaltet das System seine erzieherische Wirkung; Krankenversicherer: Leistungsaufschub; Leistungserbringende (Ärzte, Spital): nur noch Notfallbehandlungen. Die Option ist interessant. Der Gesetzesvorschlag hält die Möglichkeit dazu offen. Der Regierungsrat kann über die Einführung entscheiden.

2.5.3. Antragsystem zur Prüfung Anspruchsberechtigung IPV

2008 wurde im Kanton Glarus die Verrechnung der Prämienverbilligung mit den Kantons- und Gemeindesteuern eingeführt. Höhere Effizienz in den Verfahrensabläufen und tiefere Vollzugskosten begründeten die der Landsgemeinde 2006 vorgeschlagene Systemänderung. Die Prüfung der Anspruchsberechtigung von Amtes wegen löste das Antragsystem ab, weil bei der Verrechnung mit den Steuern auf vorhandene Daten zurückgegriffen werden konnte. 2009 erhielten rund 9600 Personen Prämienverbilligungen von total rund 12,4 Millionen Franken. Nun entschied sich der Bund für gesamtschweizerisch einheitliche Direktzahlung an die Krankenversicherer. Die kantonalen gesetzlichen Rahmenbedingungen überlassen es dem Regierungsrat, das Auszahlungssystem festzulegen. Vorbereitungsarbeiten für die Umstellung auf die Direktzahlung an die Krankenversicherer ab 2012 laufen. Die Vollzugsbehörde benötigt verschiedene bisher nicht erforderliche Daten wie Angaben über Krankenversicherer, Versichertennummer, Versicherungsstatus und Mutationsmeldungen (Kassenwechsel). Die Daten sind laufend zu aktualisieren, was bei Prüfung der Anspruchsberechtigung von Amtes wegen zu unverhältnismässigem personellem und finanziellem Aufwand führen würde. Es soll auf das meist angewandte Antragsystem gewechselt werden (Art. 27); nur SZ, OW, AI, VS, NE, GE und JU ermitteln von Amtes wegen. Die Information der Bevölkerung über die Prämienverbilligung wird nicht geändert und erfolgt über mehrere Kanäle (Medien, Homepage, Merkblattversand an alle Haushalte).

2.5.4. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Artikel 5; Gemeinden

Die Aufgabe der Gemeinden beschränkt sich nach Verschiebung der nicht in ihre Zuständigkeit fallenden Aufgaben des kantonalen Sozialamtes (s. Erläuterungen zu Art. 4 Bst. g) auf den Vollzug der Bestimmungen über das Versicherungsobligatorium. Der Begriff Ortsgemeinde wird generell durch «Gemeinde» ersetzt (Art. 7 Abs. 1).

Artikel 9; Auskunfts- und Meldepflicht

Absatz 3. – Mit Verweis auf die Bestimmung über die zuständige Verwaltungsbehörde (s. Art. 4 Bst. g) führen Anpassungen des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes oder seiner Ausführungsbestimmungen nicht mehr mittelbar zu einem Anpassungsbedarf des Gesetzes.

Artikel 9^a; Listenerfassung und Leistungsaufschub

Absatz 1. – Der Regierungsrat entscheidet darüber, ob und ab wann säumige Prämienzahler auf einer Liste erfasst werden. Entscheidet er sich dafür, werden die Krankenversicherer die Kostenerstattung für Leistungen aufschieben und die Leistungserbringenden für auf der Liste aufgeführte säumige Prämienzahler nur noch Notfallbehandlungen leisten (Art. 64a Abs. 7 KVG).

Absatz 2. – Entscheidet sich der Regierungsrat für die Einführung des Datenpoolmodells, regelt er allfällige Einzelheiten in einer Verordnung.

Absatz 3. – Die Gemeinden sind für die Einhaltung des Versicherungsobligatoriums zuständig (Art. 5). In diesem Zusammenhang kann es in Bezug auf Überprüfung des Versicherungsstatus bei Umzug in eine andere Gemeinde innerhalb des Kantons sinnvoll sein, wenn die neue Wohngemeinde Einblick in den Datenpool und über einen allfällig verhängten Leistungsaufschub Kenntnis erhält.

Absatz 4. – Personendaten dürfen ohne Anfrage gemeldet oder im Abrufverfahren (Online-Betrieb) bekannt gegeben werden, wenn dies in einem Rechtssatz ausdrücklich vorgesehen ist. Für besonders schützenswerte Personendaten bedarf es einer formell-

gesetzlichen Grundlage (Art. 10 Abs. 3 Datenschutzgesetz). Die Rechtsgrundlage wird geschaffen. Die Personendaten von säumigen Prämienzahlern können in der Liste erfasst und von den legitimierten Gruppen eingesehen werden (Art. 64a Abs. 7 KVG).

Artikel 21; Personen, die wirtschaftliche Hilfe beziehen

Die bisherige Formulierung liess den Schluss zu, Personen, die wirtschaftliche Hilfe beziehen, erhielten die Prämienverbilligung ausbezahlt. Für sie wird jedoch bereits heute die Prämienverbilligung mittels Direktzahlung an die Krankenversicherung von der Jahresprämie abgezogen. Zum besseren Verständnis wurde der Artikel redaktionell überarbeitet.

Artikel 22; Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen

Die Modalitäten der Berechnung und Entrichtung der Prämienverbilligung für Personen, die Ergänzungsleistungen beziehen, richten sich nach der Bundesgesetzgebung (Art. 65 KVG). Auch Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen, wird der jährliche Pauschalbetrag für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung direkt dem Krankenversicherer ausbezahlt (Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, Art. 21a ELG). Die Berechnung des Pauschalbetrages wurde dabei nicht verändert (Art. 10 Abs. 3 Bst. d ELG). Es handelt sich in der Regel um die volle Durchschnittsjahresprämie.

Artikel 27; Ermittlung, Geltendmachung des Anspruchs

Mit der Umstellung auf die Direktzahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer soll auf das Antragssystem gewechselt werden (s. Ziff. 2.4.3). Die Ausnahmebestimmungen (Abs. 2), in welchen das Antragssystem angewendet wird, werden damit hinfällig (womit Abs. 3 und 4 zu 2 und 3 werden).

Artikel 29; Ausserordentliche Rechnungsstellung

Da der Auszahlungsmodus auf die Direktzahlung an die Krankenversicherer wechselt, ist der Wortlaut zu ändern. Neu liegt ein begründeter Fall nur noch vor, wenn befürchtet wird, die Prämien müssten – weil sie in Betreibungs- und Fortsetzungsverfahren von der versicherten Person nicht bezahlt werden – als uneinbringlich in der Form von Verlustscheinen vom Kanton gedeckt werden (Art. 32).

Artikel 31; Ausrichtung der Prämienverbilligung

Es wird die Entrichtung der Prämienverbilligung über einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard vorgesehen (Art. 65 KVG). Die Ausführungsbestimmungen dazu liegen noch nicht vor, werden aber Vorgaben zur technischen Umsetzung enthalten. Der Regierungsrat soll in der Verordnung über die Prämienverbilligung die Einzelheiten regeln.

Artikel 32; Ausstehende Forderungen für Prämien und Kostenbeteiligungen

Die zuständige kantonale Verwaltungsbehörde ersetzt den Krankenversicherern ausstehende Forderungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen, Betriebskosten) zu 85 Prozent. Die Bestimmung verweist auf die Bundesgesetzgebung.

Artikel 34; Datenerhebung, Datenschutz

Absatz 3. – Im EG KVG (Art. 9^a, 33ⁱ, 34) und im KVG (Art. 65 KVG) finden sich Bestimmungen über den Umgang mit Daten. Absatz 3 weist auf diese Spezialbestimmungen hin.

Inkrafttreten

Die redaktionellen Anpassungen (Art. 1, 3, 5, 7, 9, 21) sowie die Umstellung auf das Antragssystem (Art. 27) treten mit der Annahme durch die Landsgemeinde in Kraft.

Die materielle Änderung über den Zweck und die Zuständigkeiten von Regierungsrat und den zuständigen kantonalen Verwaltungsbehörden (Art. 2 und 4) ebenso wie sämtliche Bestimmungen über die Spitalplanung und -finanzierung (Art. 33^e-33ⁱ) sind von der Landsgemeinde auf den 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen.

Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung der Artikel 9^a, 22, 29, 31, 32 und 34. Er kann sie gestaffelt in Kraft setzen.

3. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, den Entwurf über die Änderungen des EG KVG der Landsgemeinde zur Zustimmung zu unterbreiten.

Genehmigen Sie, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

*Röbi Marti, Landammann
Hansjörg Dürst, Ratsschreiber*

Beilage: Änderungen EG KVG, Synopse