

# Stichwort «Obligatorische Krankenversicherung»

## Inhalt

1. Zahlungsverzug fesselt Versicherer und versicherte Person aneinander.....	2
2. Wenn die Versicherten die Rechnungen der Kasse nicht bezahlen .....	2
3. Wie hoch dürfen die Bearbeitungsgebühren sein? .....	2
4. Wie ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen eingetrieben werden.....	3
5. Welche Kantone haben schwarze Listen eingeführt? .....	5
6. Privilegien für die Krankenkasse im Betreibungsrecht .....	6
7. Wechsel der Krankenkasse.....	6
8. Eheleute haften solidarisch für Schulden bei der Krankenkasse.....	7
9. Anhang: Kantonale Bestimmungen zum Leistungsaufschub bei der Krankenversicherung .....	7
Kanton Solothurn: Sozialgesetz .....	7
Kanton Aargau: Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) .....	7
Kanton Luzern: Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung .....	9
Kanton Zug: Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG).....	10
Tessin: Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal).....	11
Kanton Graubünden: Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung.....	12
Kanton Schaffhausen.....	15
Dekret über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes.....	15
Verordnung über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes .....	15
Kanton St. Gallen: Einführungsgesetz zum KVG .....	17
Kanton Thurgau: Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung.....	19

**Krankenkassenschulden gehören zu den dringlichen Schulden. Die Krankenkassen sind hartnäckige Gläubiger. Verheiratete, welche zusammenleben, haften solidarisch für die Schulden bei der Krankenkasse. Das Bundesrecht sieht seit dem 1. Januar 2012 keine Leistungssperre mehr vor (das kantonale Recht kann aber schwarze Listen mit Versicherten vorsehen).**

Im Folgenden geht es nur um Schulden aus der obligatorischen Krankenversicherung. Diese wird vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung und den darauf beruhenden Verordnungen geregelt (die Zusatzversicherungen unterstehen dem Privatversicherungsrecht).

## 1. Zahlungsverzug fesselt Versicherer und versicherte Person aneinander

Der Versicherer und die versicherte Person kommen nicht voneinander los, solange die Schulden bestehen. Sie kann die Versicherung erst dann wieder wechseln, wenn sie die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten vollständig bezahlt hat.<sup>1</sup>

## 2. Wenn die Versicherten die Rechnungen der Kasse nicht bezahlen

Nach der Bundesgerichtspraxis kann die Krankenkasse dem Versicherten, der seine Rechnungen nicht pünktlich bezahlt, folgende Posten in Rechnung stellen:

- Die ausstehenden Prämien
- 5 % Verzugszins auf den Prämienausständen. Seitdem am 1. Januar 2003 das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts in Kraft getreten ist, müssen Prämienausstände mit fünf Prozent pro Jahr verzinst werden. Auf den übrigen Posten läuft kein Verzugszins (Art. 105a KVV; Bundesgerichtsentscheide vom 12.01.2006 und vom 01.03.2006)
- Die ausstehenden Kostenbeteiligungen
- Die Betreuungskosten
- Bearbeitungsgebühren, sofern sie angemessen sind und die Krankenkasse diese in ihren Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten vorsieht (Art.105b Abs. 3 KVV).

## 3. Wie hoch dürfen die Bearbeitungsgebühren sein?

Die Mahngebühren der Krankenkasse müssen «in einem vernünftigen Verhältnis zu den konkreten Prämienausständen» stehen, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden. Sie dürfen keine zusätzliche Ertragsquelle für die Krankenkasse sein, sondern höchstens die anfallenden Kosten decken. Und: Sie dürfen den Sinn und Zweck der Prämienverbilligung nicht unterlaufen. Es geht darum, «für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen die Last der Krankenkassenprämien zu mildern».

Gegenüber einem Ehepaar mit Prämienverbilligung hatte die Vivao Sympany pro automatisch versandte Mahnung eine Mahngebühr von 60 Franken verlangt. Das Sozialversicherungsgericht Zürich halbierte die Mahnkosten von 60 auf 30 Franken pro Brief. Das Bundesgericht bestätigte den Zürcher Entscheid und bezeichnete die reduzierten Mahngebühren als «immer noch relativ hoch». Die daneben verlangten Bearbeitungsgebühren von 90 bis 100 Franken waren vor dem Bundesgericht unbestritten.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Art. 64a Abs. 6 KVG.

<sup>2</sup> Zum [Bundesgerichtsentscheid 9C\\_874/2015](#) vom 4.02.2016

Die konkreten Zahlen:

Ausstehende Prämien	Bearbeitungsgebühren	Verlangte Mahnspesen	Zulässige Mahnspesen
1'025.25	90.00	480.00	240.00
735.60	100.00	280.00	140.00
549.95	100.00	280.00	140.00

In früheren Entscheiden hatte das eidgenössische Versicherungsgericht Zuschläge, die deutlich weniger als 10 Prozent der Ausstände ausmachten, als «grenzwertig», aber gerade noch zulässig bezeichnet. Im einen Fall wurden für Ausstände von 2'133.15 Franken 190.00 Franken verlangt, im anderen für 4'346.70 Franken 300.00 Franken.

Nur wenn kleine Ausstände gemahnt werden müssen, darf die prozentuale Belastung hoch sein. Das Bundesgericht liess bei einem gemahnten Betrag von 62.50 Franken einen Zuschlag von 50.00 Franken zu.

## 4. Wie ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen eingetrieben werden

- Erster Schritt:** Mindestens eine schriftliche Mahnung:  
Kein Kassenwechsel mehr möglich, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten nicht bezahlt sind
- Zweiter Schritt:** Zahlungsaufforderung  
Nachfrist von 30 Tagen  
Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzugs
- Dritter Schritt:** Bleiben die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen unbezahlt:  
Betreibung
- Vierter Schritt:** Falls der Kanton es verlangt: Bekanntgabe der betriebenen SchuldnerInnen an die zuständige kantonale Stelle
- Die Kantone können die Versicherten, welche ihre Prämien trotz Betreuung nicht bezahlen, auf einer schwarzen Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist.
- Wenn der Kanton Meldung erstattet, schiebt die Kasse die die Übernahme der Kosten ausser für Notfallbehandlungen auf.
- Sie informiert die zuständige kantonale Stelle.
- Sie informiert die zuständige kantonale Stelle über die vollständige Bezahlung der Ausstände und die Aufhebung des Leistungsaufschubs.
- Fünfter Schritt:** Beseitigung des Rechtsvorschlags in Eigenregie
- Sechster Schritt:** Fortsetzungsbegehren beim Betreibungsamt  
Pfändung; Verwertung; Verteilung; Ausstellung des Verlustscheins (oder eines "gleichwertigen Rechtstitels")
- Siebter Schritt:** Bekanntgabe der Versicherten und des Gesamtbetrags der für den berücksichtigten Zeitraum bis zur Ausstellung des Verlustscheins (oder des "gleichwertigen Rechtstitels")

	tels") geschuldeten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen pro SchuldnerIn
Achter Schritt:	Gesuch an die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Daten zu bestätigen
Neunter Schritt:	Übermittlung der Bestätigung an den Kanton
Zehnter Schritt:	Der Kanton bezahlt 85 % der gemeldeten Forderungen (87% falls er die Prämienverbilligungen den Versicherten ausbezahlt)
Elfter Schritt:	Weiter laufendes Inkasso (der Verlustschein bleibt bei der Krankenkasse)
Zwölfter Schritt:	Auszahlung von 50 % des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton
Übergangsregelung:	Sofern der Kanton die Prämien und Kostenbeteiligungen übernimmt, die zur Ausstellung des Verlustscheins geführt haben, und die Verzugszinsen und Betriebskosten bezahlt, welche bis zum Inkrafttreten der neuen Bestimmungen geschuldet sind, vergütet die Kasse die Leistungen dem Versicherten, dem Leistungserbringer oder dem Kanton.
	Übernimmt der Kanton die Prämien und Kostenbeteiligungen nicht, bleibt der Leistungsaufschub für altrechtliche Leistungen bestehen.
	Bezahlt die versicherte Person die Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betriebskosten vollumfänglich, werden die Leistungen erstattet.

## Die Bestimmungen über den Zahlungsverzug im Bundesgesetz über die Krankenversicherung

### 3a. Abschnitt: Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

#### Art. 64a

<sup>1</sup> Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von dreissig Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.

<sup>2</sup> Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt.

<sup>3</sup> Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betriebskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton.

<sup>4</sup> Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren.

<sup>5</sup> Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die versicherte Person ihre Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen hat, er-

stattet dieser 50 Prozent des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.

<sup>6</sup> In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

<sup>7</sup> Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

<sup>8</sup> Der Bundesrat legt die Aufgaben der Revisionsstelle fest und bezeichnet die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel. Er regelt die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens, der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.

<sup>9</sup> Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen der versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.

## 5. Welche Kantone haben schwarze Listen eingeführt?

Art. 64a Abs. 7 KVG sieht vor, dass die Kantone säumige Prämienzahler in schwarzen Listen erfassen können. Die Massnahme richtet sich gegen Versicherte, welche «trotz Betreuung ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen». Wer auf einer schwarzen Liste figuriert, soll nur noch Notfallbehandlungen bekommen.

Folgende neun Kantone haben schwarze Listen eingeführt: Solothurn, Aargau, Luzern, Zug, Tessin, Graubünden, Schaffhausen, St. Gallen und Thurgau. In der Regel sollen «zahlungsunwillige» Versicherte, welche ihre Verpflichtungen gegenüber der Krankenkasse nicht erfüllen, nach Einleitung der Betreuung durch die Krankenkasse erfasst werden. Kinder bis 18 Jahre werden nicht erfasst. Ebenso wenig werden BezügerInnen von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe erfasst (letztere im Kanton Solothurn unter Umständen doch, wenn sie sich «unkooperativ verhalten»).



Die meisten Kantone haben auf die Einführung schwarzer Listen verzichtet. Die kantonalen Bestimmungen über die schwarzen Listen finden sich unten im Anhang auf S. 7.

## 6. Privilegien für die Krankenkasse im Betreibungsrecht

Die Prämien- und Kostenbeteiligungsforderungen der sozialen Krankenversicherung sind gemäss Art. 219 SchKG in der zweiten Klasse privilegiert. Das heisst, dass die Krankenkassen Anspruch darauf haben, zu hundert Prozent befriedigt zu werden, bevor die gewöhnlichen Gläubiger zum Zug kommen (welche in der 3. Klasse sind). Das Privileg gilt nur für die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen (inklusive die Betriebskosten), nicht aber für die Mahngebühren und Umtriebsspesen (BGE 127 III 470).

## 7. Wechsel der Krankenkasse

**Grundsatz: 3 Monate Kündigungsfrist per 1. Juli und 1. Januar.** Sobald die Probleme mit den Prämienausständen gelöst sind, kann der Wechsel zu einer billigeren Kasse ins Auge gefasst werden. Er kann für die Zukunft das Budget erheblich entlasten. Die Versicherten können per 1. Januar und 1. Juli die Kasse wechseln. Die Kündigungserklärung muss spätestens am 30. September, beziehungsweise am 31. März bei der Kasse eingetroffen sein.

**Nach der Mitteilung einer neuen Prämie: 1 Monat Kündigungsfrist auf den Zeitpunkt, in dem die neue Prämie in Kraft tritt.** Die Versicherten haben jedesmal das Recht auf Kassenwechsel, wenn ihnen eine neue Prämie mitgeteilt worden ist. Es gilt eine Kündigungsfrist von einem Monat auf den Zeitpunkt, ab dem die neue Prämie gilt. Dabei spielt es keine Rolle, ob die neue Prämie höher, tiefer oder gleich hoch ist (BGE 132 V 166).

**Es droht kein versicherungsloser Zustand.** Die alte Kasse kann die Versicherten erst dann aus der Versicherung entlassen, wenn die neue Kasse ihr mitgeteilt hat, dass sie nun bei ihr versichert ist. Die neue Versicherung muss sich mit der Mitteilung beeilen. Das Bundesgericht hat entschieden, dass sie die Meldung noch im alten Jahr machen muss, wenn die Anmeldung der Person, welche die Kasse wechselt, am 28. Dezember bei ihr eintrifft (siehe BGE 129 V 394).

Tipp: Das Bundesamt für Gesundheit hat einen neutralen Prämienrechner ins Internet gestellt. Seine Adresse: [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch).

## 8. Eheleute haften solidarisch für Schulden bei der Krankenkasse

Das Bundesgericht hat im Entscheid 129 V 90 entschieden, dass die Schulden bei der Krankenkasse zu den laufenden Bedürfnissen der Familie gehören, bei denen die Eheleute, welche einen gemeinsamen Haushalt führen, von Gesetzes wegen solidarisch füreinander haften. Das heisst: Wenn der eine Ehegatte Schulden bei der Krankenkasse hat, kann sie nach ihrer Wahl den Schuldner oder seine Gattin betreffen – oder beide gleichzeitig, und zwar je für den vollen Betrag (wobei unter dem Strich natürlich nur 100 Prozent der Forderung heraussehen dürfen).

## 9. Anhang: Kantonale Bestimmungen zum Leistungsaufschub bei der Krankenversicherung

### Kanton Solothurn: Sozialgesetz

#### *§ 64bis Zahlungsverzug und Leistungsaufschub*

<sup>1</sup>Leitet ein Versicherer bei Zahlungsverzug der versicherten Person die Betreuung ein oder stellt er das Fortsetzungsbegehren, hat er dies unter Angabe der notwendigen Daten gleichzeitig dem Departement mitzuteilen. Die gleiche Mitteilung hat er zu machen, wenn eine versicherte Person, welche dem Departement bereits gemeldet wurde oder für welche eine Leistungssperre gilt, ihre Schuld beglichen hat.

<sup>2</sup>Das Departement prüft und verfügt, ob die Daten der versicherten Person elektronisch in einer Liste zu erfassen oder aus dieser zu entfernen sind. Nach Rechtskraft der Verfügung erfolgt eine Meldung an den jeweiligen Versicherer, welcher daraufhin die Leistungen aufzuschieben oder wieder auszurichten hat.

<sup>3</sup>Die Liste steht den Leistungserbringern nach KVG, den Einwohnergemeinden sowie den Steuerbehörden des Kantons Solothurn zur Einsicht offen.

### Kanton Aargau: Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)<sup>3</sup>

#### *7bis Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen*

##### **§ 29a Durchführungsstelle**

<sup>1</sup>Die SVA Aargau, als zuständige kantonale Behörde für den Bereich «Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen», führt eine Durchführungsstelle.

<sup>3</sup> <https://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/versions/2001>.

<sup>2</sup>Die Durchführungsstelle hat insbesondere den Datenaustausch mit den Versicherern und den Gemeinden zu gewährleisten, die Zahlungen abzuwickeln und die Liste der säumigen Versicherten gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG zu führen.

#### *§ 29b Meldung über ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen*

<sup>1</sup>Die Versicherer melden der Durchführungsstelle die Schuldnerinnen und Schuldner, die wegen ausstehender Prämien und Kostenbeteiligungen betrieben wurden sowie alle versicherten Personen, die von der Betreuung betroffen sind.

<sup>2</sup>Zusammen mit der Betreuungsmeldung gibt der Versicherer folgende Daten der Schuldnerinnen und Schuldner sowie der versicherten Personen, die von der Betreuung betroffen sind, bekannt:

- a) Namen und Vornamen,
- b) Geschlecht,
- c) Geburtsdatum,
- d) Wohnsitz,
- e) AHV-Versichertennummer.

<sup>2</sup>Die Durchführungsstelle informiert die betroffene Person umgehend über die Löschung.

<sup>3</sup>Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten durch Verordnung.

#### *§ 29f Datenaustausch zwischen der Durchführungsstelle und den Gemeinden*

<sup>1</sup>Die Kommunikation zwischen der Durchführungsstelle und den Gemeinden erfolgt elektronisch gemäss den Vorgaben der Durchführungsstelle. Namentlich haben die Gemeinden

- a) der Durchführungsstelle zu melden, wenn eine auf der Liste der säumigen Versicherten stehende Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in einen anderen Kanton verlegt,
- b) alle Personen zu erfassen, die Sozialhilfe beziehen, und die entsprechenden Daten aktuell zu halten.

<sup>2</sup>Der Regierungsrat kann ergänzende Vorschriften zum Datenaustausch durch Verordnung erlassen.

#### *§ 29g Organisation*

<sup>1</sup>Der Vollzug des Bereichs «Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen» und der Betrieb der Durchführungsstelle wird im Rahmen eines Leistungsauftrags des Regierungsrats der SVA Aargau übertragen.

<sup>2</sup>Das zuständige Departement schliesst mit der SVA einen Vertrag über die Einzelheiten des Leistungsauftrags ab und überwacht den Vollzug.

<sup>3</sup>Der Kanton richtet der SVA eine kostendeckende Verwaltungsentschädigung aus. Diese wird vom Regierungsrat jeweils mit der Jahresschlussabrechnung nach Anhörung der SVA festgesetzt.



## Kanton Luzern: Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

### *§ 5 Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen*

<sup>1</sup> Der Kanton führt bei der Ausgleichskasse Luzern eine Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>2</sup> Die Versicherer melden der Stelle die Schuldnerinnen und Schuldner, die von ihnen wegen ausstehender Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie Verzugszinsen betrieben werden. Die Stelle orientiert die zuständige Gemeinde über die Meldung.

<sup>3</sup> Die Stelle

- a. nimmt die Meldungen der Versicherer über den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entgegen, die zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben (Art. 64a Abs. 3 KVG),
- b. bezahlt die Forderungen nach Massgabe des Bundesrechts, sofern die vom Regierungsrat bezeichnete Revisionsstelle die Richtigkeit der Daten bestätigt hat (Art. 64a Abs. 3 und 4 KVG),
- c. nimmt die Zahlungen der Versicherer entgegen, die diese von versicherten Personen erhalten haben (Art. 64a Abs. 5 KVG).

<sup>4</sup> Die Differenz der bezahlten Forderungen gemäss Absatz 3b und der eingegangenen Beträge gemäss Absatz 3c sowie die Verwaltungskosten der Stelle werden je zur Hälfte vom Kanton und von den Gemeinden getragen. Der Anteil der einzelnen Gemeinden berechnet sich nach der mittleren Wohnbevölkerung des Vorjahres gemäss den Erhebungen der Lustat Statistik Luzern.

### *§ 5a Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler*

<sup>1</sup> Die Stelle gemäss § 5 Absatz 1 führt eine elektronische Liste, in die obligatorisch versicherte Personen aufgenommen werden, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen. Nicht in der Liste aufgeführt werden dürfen

- a. Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, wirtschaftliche Sozialhilfe gemäss den §§ 28 Absatz 1 oder 61 Absatz 1 oder Mutterschaftsbeihilfe gemäss den §§ 54 ff. des Sozialhilfegesetzes vom 24. Oktober 1989<sup>20</sup> beziehen,
- b. Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

<sup>2</sup> Die zuständige Gemeinde teilt der Stelle aufgrund der Meldung gemäss § 5 Absatz 2 mit, ob die versicherte Person wirtschaftliche Sozialhilfe oder Mutterschaftsbeihilfe im Sinn von § 5a Absatz 1a bezieht. Die Ausgleichskasse Luzern teilt der Stelle mit, ob die versicherte Person Ergänzungsleistungen der AHV/IV bezieht.

<sup>3</sup> Die Liste enthält

- a. Name, Vorname und Adresse der versicherten Person,
- b. die AHV-Versichertennummer der versicherten Person,
- c. Name und Adresse des Versicherers sowie dessen Aufsichtsnummer des Bundesamtes für Gesundheit,
- d. den vom Versicherer verfügbaren Leistungsaufschub mit Datum des Beginns.

Die Versicherer geben der Stelle die Daten gemäss den Unterabsätzen a–c im Rahmen der Meldung nach § 5 Absatz 2 bekannt.

<sup>4</sup> Die Stelle informiert den zuständigen Versicherer und die versicherte Person über den Eintrag in die Liste. Meldet der Versicherer die Aufhebung des Leistungsaufschubs, streicht die Stelle die versicherte Person von der Liste und informiert sie darüber.

<sup>5</sup> Die Luzerner Gemeinden, die Leistungserbringer nach KVG und der Kanton sind berechtigt, im Einzelfall die in Absatz 3 aufgeführten Daten einer bestimmten Person einzusehen. Die Einsichtnahmen sind zu protokollieren.

<sup>6</sup> Die Leistungserbringer können ihre Leistungen für versicherte Personen, die auf der Liste aufgeführt sind, auf Notfallbehandlungen beschränken.

<sup>7</sup> Der Regierungsrat regelt das Nähere zur Liste, insbesondere das Zugriffsrecht, durch Verordnung. Er kann das Einsichtsrecht nach Absatz 5 einschränken und die Einsicht in die Liste für kostenpflichtig erklären.

<sup>8</sup> Im Übrigen gelten die §§ 15 und 17–20 des Gesetzes über den Schutz von Personendaten (Datenschutzgesetz) vom 2. Juli 1990

<sup>9</sup> Für die Kosten, die aus der Führung der Liste entstehen, gilt sinngemäss der Kostenteiler gemäss § 5 Absatz 4.

## Kanton Zug: Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)<sup>4</sup>

### *2b Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 64a KVG)*

#### *§ 5e Organisation*

<sup>1</sup> Der Regierungsrat bezeichnet im Einvernehmen mit den Gemeinden die zuständige kantonale Behörde (Durchführungsstelle).

<sup>2</sup> Die Durchführungsstelle ist für die administrative Abwicklung zuständig. Sie gewährleistet insbesondere den Informationsfluss von den Versicherern zu den Gemeinden, wickelt die Zahlungen ab und führt die Liste der Versicherten mit Leistungsaufschub.

<sup>3</sup> Der Regierungsrat bezeichnet im Einvernehmen mit den Gemeinden die Revisionsstelle nach Art. 64a Abs. 3 KVG.

<sup>4</sup> Die Versicherer melden der Durchführungsstelle die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden.

#### *§ 5f Leistungsaufschub*

<sup>1</sup> Die zuständige Gemeinde verfügt für Versicherte, die vom Versicherer betrieben werden, spätestens bei Vorliegen des Verlustscheines die Aufnahme in die Liste nach Art. 64a Abs. 7 KVG (Leistungsaufschub). Ausgenommen sind minderjährige Versicherte.

<sup>2</sup> Leistungserbringer mit einer KVG-Zulassung sind im Hinblick auf eine konkrete Leistung berechtigt, Auskunft darüber zu erhalten, ob eine bestimmte Person aktuell auf der Liste verzeichnet ist.

<sup>3</sup> Der Regierungsrat regelt das Nähere.

#### *§ 5g Finanzierung*

<sup>1</sup> Die zuständige Gemeinde, in welcher der Verlustschein ausgestellt wurde, übernimmt die Forderungen nach Art. 64a Abs. 4 KVG.

<sup>2</sup> Die Gemeinden tragen die Kosten der Durchführungsstelle.

<sup>4</sup> [https://bgs.zg.ch/frontend/versions/363/download\\_pdf\\_file](https://bgs.zg.ch/frontend/versions/363/download_pdf_file)

## Tessin: Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal)<sup>5</sup>

Art. 22 <sup>1</sup>Gli assicuratori comunicano all'autorità designata dal Consiglio di Stato i dati personali degli assicurati nei confronti dei quali hanno promosso un'esecuzione ai sensi della Legge federale sull'esecuzione e sul fallimento (LEF), indicando il periodo a cui è riferito il credito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e la sua composizione.

<sup>2</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22b Gli assicuratori comunicano immediatamente all'autorità designata dal Consiglio di Stato la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite e l'annullamento della stessa.

Art. 22c <sup>1</sup>L'autorità designata dal Consiglio di Stato informa sulle conseguenze del mancato pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

gli assicurati nei confronti dei quali è stata promossa un'esecuzione;

gli assicurati nei confronti dei quali è stato emesso un attestato di carenza di beni.

<sup>2</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22g <sup>1</sup>In caso di esecuzione ai sensi della LEF, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare all'assicuratore la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite, tranne nei casi d'urgenza medica conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>2</sup>Prima di notificare all'assicuratore la sospensione, l'autorità designata dal Consiglio di Stato comunica al Comune di domicilio i dati dell'assicurato escusso, chiedendo una verifica della situazione economica.

<sup>3</sup>In mancanza della risposta del Comune, entro un termine adeguato definito dal Regolamento, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare la sospensione all'assicuratore.

<sup>4</sup>In caso di manifesta incapacità di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato prescinde dalla richiesta di sospensione.

<sup>5</sup>La sospensione da parte dell'assicuratore ha effetto dal giorno della comunicazione.

<sup>6</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22h Agli assicurati beneficiari di prestazioni complementari non può essere sospesa l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite.

Art. 22i <sup>1</sup>L'autorità designata dal Consiglio di Stato gestisce una banca dati ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal (elenco), in cui registra gli assicurati sospesi, informandoli delle intervenute iscrizioni e cancellazioni.

<sup>2</sup>Essa aggiorna costantemente tale elenco che può essere reso accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni mediante procedura di richiamo.

<sup>3</sup>La registrazione nell'elenco equivale a comunicazione alle autorità di cui al capoverso 2.

<sup>4</sup>L'assicurato rimane registrato nell'elenco degli assicurati sospesi sino al pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti.

<sup>5</sup> <http://www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/raccolta-leggi/legge/numero/6.4.6.1>.

<sup>5</sup>Per la protezione e la sicurezza dei dati sono applicabili, oltre alle disposizioni del diritto federale e di questa legge, le disposizioni della legge cantonale sulla protezione dei dati personali del 9 marzo 1987.

<sup>6</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22l <sup>1</sup>L'autorità designata dal Consiglio di Stato può, in casi eccezionali, revocare la sospensione, segnatamente per permettere l'assunzione dei costi delle cure di prima necessità.

<sup>2</sup>L'autorità designata dal Consiglio di Stato dà comunicazione all'assicuratore, il quale procede immediatamente alla revoca della sospensione notificata all'assicurato e assume i costi delle prestazioni fornite a quest'ultimo.

<sup>3</sup>La revoca ha effetto dalla data in cui ha avuto inizio la sospensione, salvo diversa indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato.

<sup>4</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22m <sup>1</sup>Agli assicurati minorenni non può essere sospesa l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite.

<sup>2</sup>Il Cantone rimborsa agli assicuratori i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie accertati da un attestato di carenza di beni che interessa gli assicurati minorenni, nei limiti dell'art. 64a LAMal.

<sup>3</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22n <sup>1</sup>Il Comune di domicilio accerta la situazione economica di ogni assicurato segnalato dall'autorità designata dal Consiglio di Stato, con particolare riferimento alla capacità di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti e lo informa sulle conseguenze del mancato pagamento.

<sup>2</sup>L'assicurato è tenuto a fornire al Comune informazioni complete e veritiere sulla propria situazione economica.

<sup>3</sup>Il Comune comunica all'autorità designata dal Consiglio di Stato l'esito dell'accertamento di cui al capoverso 1.

<sup>4</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22o <sup>1</sup>Per l'assicurato maggiorenne che presenta una situazione economica che gli permette di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può presentare formale segnalazione all'autorità tutoria per l'adozione di eventuali misure a protezione.

<sup>2</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

## Kanton Graubünden: Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung

### *2. Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen*

#### *Art. 3 Zahlungsverzug 1. Definitionen*

<sup>1</sup> Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel sind Verfügungen über die Ausrichtung von Unterstützungshilfe, Ergänzungsleistungen oder Mutterschaftsbeiträgen.

<sup>2</sup> Schuldnerinnen und Schuldner von Prämien und Kostenbeteiligungen gelten im Sinne von Artikel 2a des Gesetzes als betrieben, sobald das Fortsetzungsbegehren gestellt wurde oder wenn das Betreibungsverfahren wegen Unmöglichkeit der Zustellung des

Zahlungsbefehls im Sinne von Artikel 66 Absatz 4 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs nicht fortgesetzt werden kann.

#### **Art. 4 2. Meldungen über Verlustscheine**

<sup>1</sup> Zusätzlich zu den in Artikel 105e und Artikel 105g KVV vorgegebenen Angaben müssen in der Meldung über Verlustscheine für jede Schuldnerin beziehungsweise für jeden Schuldner und für jede von ihr beziehungsweise von ihm versicherte Person folgende Angaben gemacht werden:

- a) ausstehende Prämien;
- b) ausstehende Kostenbeteiligungen;
- c) Verzugszinsen;
- d) Betreuungskosten;
- e) betroffener Zeitraum.

#### **Art. 5 3. Meldungen über Betreibungen**

<sup>1</sup> Die Versicherer haben betriebene Schuldnerinnen und Schuldner innert 30 Tagen nach Einreichung des Fortsetzungsbegehrens oder Feststellung der Unmöglichkeit der Zustellung des Zahlungsbefehls im Sinne von Artikel 66 Absatz 4 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs durch das Betreibungsamt der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden (SVA) zu melden.

<sup>2</sup> Die Meldungen haben die in Artikel 4 Litera a bis e vorgegebenen Angaben zu enthalten.

<sup>3</sup> Sie haben die Möglichkeit, bereits nach der Einreichung des Betreibungsbegehrens an das Betreibungsamt Schuldnerinnen beziehungsweise Schuldner und versicherte Personen der SVA zu melden, um die Übernahme der Forderungen durch den Kanton prüfen zu lassen. In diesen Fällen darf bis zum Bescheid der SVA das Fortsetzungsbegehren nicht eingereicht werden.

<sup>4</sup> Die SVA teilt den Versicherern spätestens 30 Tage nach der Meldung mit, ob die Forderungen vom Kanton aufgrund eines IPV-Anspruchs oder Uneinbringlichkeit teilweise oder ganz übernommen werden.

#### **Art. 6 4. Datenaustausch**

<sup>1</sup> Der Datenaustausch zwischen den Versicherern und der SVA richtet sich sowohl für Meldungen nach Artikel 64a KVG als auch für Meldungen nach Artikel 65 KVG nach den technischen und organisatorischen Vorgaben des Bundes über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung. Liegen keine solchen vor, erfolgen die Meldungen nach den entsprechenden Vorgaben der SVA.

<sup>2</sup> Die Versicherer haben der SVA auf Anfrage mitzuteilen, ob die betreffende Person bei ihnen versichert ist. Die SVA kann von den Versicherern zwecks Abgleich des Datenbestandes die Meldung aller im Kanton Graubünden wohnhaften bei ihnen versicherten Personen verlangen.

<sup>3</sup> Die Versicherer haben der SVA die Jahresrechnung bis spätestens Ende Januar des Folgejahres einzureichen.

<sup>4</sup> Meldungen der Versicherer, die nicht den Vorgaben des Bundes oder der SVA entsprechen, werden zurückgewiesen. Die Bearbeitung wird wieder aufgenommen, wenn die Meldung entsprechend den Weisungen der SVA ergänzt wurde.

**Art. 7 5. Liste säumiger Personen a) Eintragung**

<sup>1</sup> Der Kanton führt eine Liste der versicherten Personen, die ihren Zahlungspflichten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung trotz Betreuung nicht nachkommen und für welche ein Leistungsaufschub im Sinne von Artikel 64a Absatz 7 KVG) gelten soll.

<sup>2</sup> Auf der Liste werden versicherte Personen eingetragen, die im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 dieser Verordnung als betrieben gelten. \*

<sup>3</sup> Auf der Liste nicht eingetragen werden Personen:

- a) für welche ein Verlustschein ausgestellt worden ist;
- b) die Unterstützungshilfe, Ergänzungsleistungen oder Mutterschaftsbeiträge erhalten;
- c) deren massgebenden Prämien vollumfänglich verbilligt werden.

<sup>4</sup> Mit der Führung der Liste wird die SVA beauftragt.

**Art. 8 b) Löschung**

<sup>1</sup> Der Eintrag wird innert zehn Arbeitstagen von der Liste gelöscht:

- a) nach Meldung des Versicherers über die Begleichung sämtlicher Forderungen;
- b) nach Meldung des Versicherers über die Ausstellung eines Verlustscheins.

<sup>2</sup> Die versicherungspflichtige Person kann eine Löschung beantragen, sofern sie nachweist, dass die Forderungen vollumfänglich beglichen sind oder ein Verlustschein vorliegt.

<sup>3</sup> Der Kanton kann bei Vorliegen der Voraussetzungen von Absatz 1 von sich aus Löschungen vornehmen.

**Art. 9 c) Zugang und Kosten**

<sup>1</sup> Die Liste ist den zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern zugänglich.

<sup>2</sup> Der Zugang erfolgt auf einfache und zweckmässige Art in Form von Einzelabfragen auf Grundlage der AHV-Nummer.

<sup>3</sup> Die Kosten für den Aufbau und die Führung der Liste trägt der Kanton.

<sup>4</sup> Die SVA kann für die Bearbeitung von Anfragen von den zugangsberechtigten Leistungserbringern die Erhebung einer Nutzungsgebühr vorsehen.

**Art. 10 Revisionsstelle**

<sup>1</sup> Als Revisionsstelle im Sinne von Artikel 64a Absatz 3 KVG werden die Revisionsstellen der Krankenversicherer bezeichnet.

**3. Ausstand von Leistungserbringenden**

**Art. 11 Meldestelle**

<sup>1</sup> Leistungserbringende, die es ablehnen, Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zu erbringen, haben den Ausstand schriftlich dem Gesundheitsamt zu melden.

## Kanton Schaffhausen

Im Kanton Schaffhausen, der die schwarze Liste seit 2012 kennt, läuft im Moment eine Diskussion darüber, ob sie angesichts der hohen Kosten und der geringen Wirkung wieder abgeschafft werden sollte.

### Dekret über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes

#### **§ 26b Meldepflichten**

<sup>1</sup> Die Versicherer melden der AHV-Ausgleichskasse unverzüglich und unaufgefordert diejenigen versicherten Personen, gegen die sie im Betreibungsverfahren wegen ausstehender Prämien und Kostenbeteiligungen das Fortsetzungsbegehren stellen.

<sup>2</sup> Die AHV-Ausgleichskasse informiert die Sozialhilfebehörden der Gemeinden. Eine Orientierung kann unterbleiben bei Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV oder Erwerbsersatzleistungen für Alleinerziehende beziehen.

<sup>3</sup> Die Sozialhilfebehörde berät die Personen und unterstützt sie bei Bedürftigkeit gemäss der Sozialhilfegesetzgebung. Sie meldet der AHV-Ausgleichskasse die Personen, die wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen.

#### **§ 26d Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler**

<sup>1</sup> Die AHV-Ausgleichskasse führt eine elektronische Liste im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG, auf der Personen erfasst werden, die trotz Betreuung ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen.

<sup>2</sup> Personen, die Sozialhilfe, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV oder Erwerbsersatzleistungen für Alleinerziehende beziehen, sowie Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden in der Liste nicht aufgeführt.

<sup>3</sup> Der Regierungsrat regelt das Nähere zur Liste.

### Verordnung über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes<sup>6</sup>

#### **IV. Zahlungsverzug der Versicherten**

##### **§ 24a Meldefrist der Sozialhilfebehörde**

Die Sozialhilfebehörde meldet der AHV-Ausgleichskasse innert zwei Monaten nach Eingang der Meldung nach § 26b Abs. 2 des Dekrets die Personen, die wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen.

##### **§ 24b Notfallbehandlungen**

Der Leistungserbringer entscheidet, was als Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG gilt.

##### **§ 24c Meldung säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler**

Die von den Versicherern gemeldeten Personen gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG werden auf der Liste gemäss § 26d Abs. 1 des Dekrets geführt.

<sup>6</sup>

**§ 24d Liste säumiger Prämienzahlerinnen und –zahler**

<sup>1</sup> Die Liste gemäss § 26d des Dekretes enthält die folgenden Angaben:

- a) den Namen, den Vornamen und das Geburtsdatum der versicherten Person;
- b) die AHV-Versichertennummer;
- c) die Adresse der versicherten Person;
- d) den Namen und die Adresse des Versicherers;
- e) das Datum der Aufnahme in die Liste und das Datum des Beginns des Leistungsaufschubs.

<sup>2</sup> Die AHV-Ausgleichskasse erfasst die versicherten Personen auf der Liste und erstattet darüber den Versicherern Meldung. Die versicherte Person und die Sozialhilfebehörde der Wohnsitzgemeinde erhalten eine Kopie der Mitteilung.

<sup>3</sup> Die Versicherer melden der AHV-Ausgleichskasse den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

<sup>4</sup> Die Sozialhilfebehörde meldet der AHV-Ausgleichskasse auf der Liste erfasste Personen, die wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen.

<sup>5</sup> Sind die ausstehenden Forderungen beglichen oder bezieht die versicherte Person Sozialhilfe, Ergänzungsleistungen oder Erwerb ersatzleistungen für Alleinerziehende, wird die versicherte Person von der AHV-Ausgleichskasse umgehend von der Liste gelöscht.

<sup>6</sup> Die AHV-Ausgleichskasse informiert die versicherte Person, die Versicherer und die Sozialhilfebehörde über die Löschung der versicherten Person von der Liste.

**§ 24e Zugriffsberechtigung auf die Liste**

<sup>1</sup> Zum Zugriff auf die Liste berechtigt sind:

- a) Leistungserbringer mit einer KVG-Zulassung;
- b) die für die Sozialhilfe zuständigen Stellen der Schaffhauser Gemeinden.

<sup>2</sup> Die Zugriffsberechtigten sind betreffend die aus der Liste bezogenen Daten verantwortlich für die Einhaltung des Berufs- beziehungsweise Amtsgeheimnisses und der Vorschriften des Datenschutzgesetzes. Bei Missbrauch kann die AHV-Ausgleichskasse die Zugriffsberechtigung sperren. Vorbehalten bleibt die strafrechtliche Verfolgung nach Art. 320 StGB 2).

**§ 24f Abfrage**

<sup>1</sup> Die Abfrage, ob eine bestimmte Person auf der Liste verzeichnet ist, kann schriftlich oder online erfolgen.

<sup>2</sup> Für die Einsichtnahme haben die Zugriffsberechtigten sich als solche auszuweisen. Die zugriffsberechtigten Personen haben zu diesem Zweck ihren Namen, Vornamen, ihr Amt oder ihre Firma und ihre Adresse anzugeben.

<sup>3</sup> Um Einsicht zu erhalten, haben die Zugriffsberechtigten vorgängig Name, Vorname und Geburtsdatum der versicherten Person korrekt anzugeben.

<sup>4</sup> Sämtliche Einsichtnahmen werden von der AHV-Ausgleichskasse protokolliert.

**§ 24g Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel**

Als Rechtstitel, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen, gelten:



- a) die Verfügung über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen gemäss Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung;
- b) die Verfügung über die Ausrichtung von Erwerbsersatzleistungen für Alleinerziehende gemäss kantonalem Familien- und Sozialzulagengesetz;
- c) die Verfügung oder die Mitteilung über die Zusprechung von Sozialhilfeleistungen.

*§ 24h Revisionsstelle gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG)*

Als Revisionsstelle gilt die Revisionsstelle des Versicherers nach Art. 86 KVV.

## Kanton St. Gallen: Einführungsgesetz zum KVG

### *1bis. Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen*

#### *Art. 8a Meldeverfahren bei Betreibungen*

##### a) Meldung des Versicherers

<sup>1</sup>Der Versicherer meldet der Sozialversicherungsanstalt die Schuldnerin oder den Schuldner, gegen die oder den er ein Betreibungsverfahren wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen eingeleitet hat, sowie die betroffenen versicherten Personen. Die Meldung erfolgt:

- a) sobald die Voraussetzungen für das Fortsetzungsbegehren erfüllt sind;
- b) bevor der Versicherer das Fortsetzungsbegehren stellt.

<sup>2</sup>Der Versicherer gibt mit der Meldung Name, Vorname, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum und AHV-Versichertennummer der betroffenen versicherten Person bekannt.

<sup>3</sup>Er setzt das Betreibungsverfahren bis zur Meldung der Sozialversicherungsanstalt über das Vorliegen eines dem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitels nicht fort.

#### *Art. 8b b) Einbezug der politischen Gemeinde*

<sup>1</sup>Die Sozialversicherungsanstalt leitet die Meldung an die für die betroffene versicherte Person nach dem Sozialhilfegesetz vom 27. September 1998 zuständige politische Gemeinde weiter.

<sup>2</sup>Die zuständige politische Gemeinde teilt der Sozialversicherungsanstalt mit, ob die betroffene versicherte Person finanzielle Sozialhilfe bezieht.

#### *Art. 8c Liste der betriebenen versicherten Personen*

##### *a) Aufnahme und Streichung*

<sup>1</sup>Die Sozialversicherungsanstalt führt eine Liste der versicherten Personen nach Art. 64 a Abs. 7 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen.

<sup>2</sup>Von der Aufnahme in die Liste sind ausgenommen:

- a) versicherte Personen, die finanzielle Sozialhilfe beziehen;
- b) versicherte Personen, die Ergänzungsleistungen beziehen;
- c) Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.

<sup>3</sup>Die Sozialversicherungsanstalt streicht die versicherte Person aus der Liste, nachdem der Versicherer die Aufhebung der Leistungssistierung mitgeteilt hat.

**Art. 8d b) Inhalt**

<sup>1</sup>Die Liste enthält:

- a) Angaben über die versicherte Person nach Art. 8a Abs. 2 dieses Erlasses;
- b) Name und Adresse des Versicherers sowie dessen Aufsichtsnummer beim Bundesamt für Gesundheit;
- c) das Datum der verfügten Leistungssistierung.

**Art. 8e c) Information und Einsichtnahme**

<sup>1</sup>Die Sozialversicherungsanstalt informiert:

- a) den Versicherer über:
  - das Vorliegen eines dem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitels;
  - die Aufnahme in die Liste;
- b) die versicherte Person über die Aufnahme in die und die Streichung aus der Liste.

<sup>2</sup>Die für die Sozialhilfe zuständige Stelle der Gemeinde und die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer sind berechtigt, die Angaben über die betroffene versicherte Person einzusehen.

<sup>3</sup>Die Sozialversicherungsanstalt protokolliert die Einsichtnahme.

<sup>4</sup>Die Einsichtnahme in die Liste ist kostenlos.

**Art. 8f d) Leistungssistierung**

<sup>1</sup>Der Versicherer sistiert die Leistungen, nachdem die Information der Sozialversicherungsanstalt über die Aufnahme der versicherten Person in die Liste erfolgt ist und im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt wurde.

<sup>2</sup>Die Leistungssistierung beginnt am Tag der Mitteilung an die versicherte Person durch den Versicherer. Sie erfasst jene Leistungen, die während der Dauer der Sistierung erbracht werden.

<sup>3</sup>Die Leistungssistierung endet:

- a) mit dem Eintritt der versicherten Person in die finanzielle Sozialhilfe;
- b) mit der Ausrichtung von Ergänzungsleistungen an die versicherte Person;
- c) mit dem zustimmenden oder ablehnenden Entscheid der Sozialversicherungsanstalt über die Übernahme des nach Art. 64a Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 auf den Kanton fallenden Anteils der Forderung, die Gegenstand des Fortsetzungsbegehrens war.

**1ter. Uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen\***

**Art. 8g Meldeverfahren bei Ausstellung des Verlustscheins**

<sup>1</sup>Der Versicherer meldet der Sozialversicherungsanstalt den Gesamtbetrag der Forderungen, die zur Ausstellung des Verlustscheins oder eines diesem gleichzusetzenden Rechtstitels geführt haben.

<sup>2</sup>Dem Verlustschein sind rechtskräftige Verfügungen über die Leistung finanzieller Sozialhilfe gleichgesetzt.

### *Art. 8h Übernahme und Vergütung der ausstehenden Forderungen*

<sup>1</sup>Die Sozialversicherungsanstalt vergütet dem Versicherer den nach dem Bundesrecht festgelegten Anteil der ausstehenden Forderungen, nachdem die nach Art. 86 Abs. 1 der eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 bezeichnete externe Revisionsstelle des Versicherers die Richtigkeit der Daten bestätigt hat.

<sup>2</sup>Sie vereinnahmt Rückzahlungen des Versicherers aus der Bewirtschaftung der Verlustscheine.

<sup>3</sup>Der Sozialversicherungsanstalt werden die nach Abs. 1 und 2 dieser Bestimmung ermittelten Nettokosten vergütet:

- a) durch den Kanton zu 77 Prozent;
- b) durch die politischen Gemeinden zu 23 Prozent.

<sup>4</sup>Der Anteil der politischen Gemeinden wird nach der Bevölkerung gemäss der letzten Erhebung der kantonalen Statistikstelle berechnet.

## Kanton Thurgau: Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung

### *§ 7 Aufhebung von Leistungsaufschüben*

<sup>1</sup>Übernimmt die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde die gesamten ausstehenden Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten, hat sie gegenüber früheren Wohnsitz- und Aufenthaltsgemeinden im Kanton das Rückgriffsrecht für dort entstandene Prämienrückstände und Kostenbeteiligungen, abzüglich die bezogenen Entschädigungen gemäss § 8 Absatz 2.

<sup>2</sup>Von der Gemeinde übernommene Ausstände gemäss Absatz 1 sind vom Versicherten zurückzuerstatten.

### *§ 9 Datenpool*

<sup>1</sup>Der Kanton führt eine Liste gemäss Artikel 64a Absatz 7 KVG von Personen, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen. Er betreibt dafür eine elektronische Applikation (Datenpool).

<sup>2</sup>Zum Zugriff auf den Datenpool berechtigt sind die kantonale Behörde gemäss § 4, die Politischen Gemeinden des Kantons, die im Kanton selbständig praktizierenden Ärzte und Ärztinnen, Chiropraktoren und Chiropraktorinnen, die auf den Spitallisten Akutso-matik, Rehabilitation und Psychiatrie 2012 aufgeführten Listenspitäler sowie das Amt für Gesundheit und der Datenschutzbeauftragte.

<sup>3</sup>Das Departement regelt den Zugriff für die im Kanton praktizierenden Zahnärzte und Zahnärztinnen.

### *§ 10 Datenerfassung*

<sup>1</sup>Der Versicherer meldet der kantonalen Behörde Schuldner und Schuldnerinnen von Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung spätestens bei Anhebung der Betreibung.

<sup>2</sup>Die kantonale Behörde erfasst die Betroffenen im Datenpool und erstattet dem Versicherer Meldung. Sie setzt die zuständige Gemeinde über die Erfassung sowie den Leistungsaufschub des Versicherers in Kenntnis.

<sup>3</sup>Die kantonale Behörde übermittelt der Gemeinde elektronisch die Meldung des Versicherers über die Aufhebung des Leistungsaufschubs.

<sup>4</sup>Die Wohn- oder Aufenthaltsgemeinde ist für die vollständige Erfassung und die Bereinigung der Daten verantwortlich.

#### **§ 11 Case Management**

<sup>1</sup>Die Gemeinden setzen Versicherte mit Leistungsaufschub über die Eintragung im Datenpool und die damit verbundenen Folgen in Kenntnis.

<sup>2</sup>Sie betreiben ein Case Management mit dem Ziel, den Versicherungsschutz wiederherzustellen und die Entstehung von Verlustscheinen zu vermeiden.

<sup>3</sup>Versicherte mit Leistungsaufschub sind zur Mitwirkung im Case Management verpflichtet.

#### **§ 12 Verlustscheine**

<sup>1</sup>Die kantonale Behörde erfasst die Verlustscheinmeldungen der Versicherer im Datenpool.

<sup>2</sup>Sie übermittelt dem Amt für Gesundheit jeweils bis zum 10. April die Schlussabrechnung über die im Vorjahr angefallenen Verlustscheine und gleichwertigen Rechtstitel zur Weiterverrechnung an die Gemeinden.

#### **§ 13 Ausstand**

<sup>1</sup>Leistungserbringer, die es im Sinne von Artikel 44 Absatz 2 KVG[6] ablehnen, gesetzliche Leistungen zu erbringen, haben dies dem Amt für Gesundheit zu melden.