



1. Rechtsgrundlagen

§ 6 Abs. 1 Sozialhilfegesetz (SHG, Reg.-R. 8)

§ 12 Buchst. b Sozialhilfeverordnung (SHV, Reg.-Nr. 9)

§§ 6 und 11 EG KVG (SHG, Reg.-R. 13)

Art. 3 Zuständigkeitsgesetz (ZUG, Reg.-Nr. 6)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10)

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102)

Verordnung des EDI über die Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen (VO EDI, SR 831.309.1)

Weitere Informationen zum Thema Kranken- und Unfallversicherung:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung>

2. Versicherungsprämien

2.1 Grundsatz

Unterstützungen werden gemäss § 6 Abs. 1 SHG unter anderem an die Aufwendungen für obligatorische Versicherungen gewährt. Als Aufwendungen für obligatorische Versicherungen gelten gemäss § 12 Buchst. b SHV die Grundversicherung der Kranken- und Unfallversicherung bis zur Höhe der regionalen Durchschnittsprämie für Erwachsene, junge Erwachsene und Kinder.

2.2 Versicherungsprämien im interkantonalen Verhältnis

Krankenkassenbeiträge gelten interkantonal nicht als Unterstützungs- sondern als Subventionsleistungen (Art. 3 Abs. 2 ZUG). Deshalb können sie nicht an den Heimatkanton weiterverrechnet werden.

2.3 Durchschnittsprämie / Prämienregionen Basel-Landschaft

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) legt in der Verordnung über die Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen die Tarife jährlich Ende Oktober für das Folgejahr verbindlich nach Prämienregionen fest (Art. 1 VO EDI, SR 831.309.1), aufgeteilt nach den drei Altersstufen:

- Erwachsene
- Junge Erwachsene
- und Kinder.

Als Basis dafür gelten die Prämien inklusive Unfaldeckung bei ordentlicher Franchise (300 Franken). Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person.



(Fortsetzung von Seite 1)

Im Kanton Basel-Landschaft bestehen zwei Prämienregionen. Das Bundesamt legt die Regionen für sämtliche Versicherer einheitlich fest (Art. 61 Abs. 2 KVG):

- Prämienregion 1: Der Bezirk Arlesheim sowie aus dem Bezirk Liestal die Gemeinden Bubendorf, Frenkendorf, Füllinsdorf, Lausen, Liestal und Pratteln.
- Prämienregion 2: Die Bezirke Laufen, Sissach und Waldenburg sowie aus dem Bezirk Liestal die nicht zur Region 1 zählenden Gemeinden.

3. Vorgehen bei höherer Krankenversicherungsprämie als die regionale Durchschnittsprämie

3.1 Grundsätzliches

3.1.1 Wechsel des Krankenversicherers

Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln (Art. 7 Abs. 1 KVG).

Das bedeutet, dass bis zum 31. März (Eintreffen des Briefes bei der Krankenversicherung bis spätestens letzter Arbeitstag im März) eine Kündigung per 30. Juni erfolgen kann. Dies gilt nicht für Versicherte mit Franchisen höher als 300 Franken (Kinder 0 Franken) sowie für Versicherte mit einem Light-, Hausarzt- oder HMO-Modell, ein Kassenwechsel ist in diesen Fällen dann erst auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Es gilt zu beachten, dass bei einem Wechsel der Krankenversicherung per 30. Juni die Franchise und der Selbstbehalt jährlich nur einmal zu entrichten sind. Es muss daher von der Vorgängerkasse eine Bestätigung eingeholt werden, dass die Franchise und/oder der Selbstbehalt teilweise oder schon ganz erreicht sind.

Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen (Art. 7 Abs. 2 KVG). Die Versicherten erhalten von ihrer Krankenversicherung jeweils im Oktober die individuelle Mitteilung der Prämie für das Folgejahr. Für einen Wechsel zu einer anderen Krankenversicherung gilt im Bereich der Grundversicherung eine Kündigungsfrist von einem Monat. Das bedeutet, wer per 1. Januar zu einer anderen Krankenversicherung wechseln will, muss bis Ende November bei seiner bisherigen Krankenversicherung den Wechsel anzeigen und seine Versicherung kündigen.

Es kann zu jeder beliebigen Krankenversicherung gewechselt werden. Die Krankenversicherungen dürfen in der Grundversicherung keine Klienten ablehnen. Ein Wechsel ist dann jedoch nicht möglich, wenn noch offene Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten bestehen. Dann wird die bisherige Krankenversicherung einem Wechsel nicht zustimmen. In diesen Fällen ist zwar ein Wechsel nicht möglich, die Versicherten sind jedoch vollumfänglich grundversichert und in diesem Rahmen somit auch leistungsberechtigt.



(Fortsetzung von Seite 2)

3.1.2 Franchisen und Selbstbehalt

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt; Art. 64 Abs. 1 und 2 KVG). Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten (Art. 64 Abs. 4 KVG). Die Franchise beträgt 300 Franken je Kalenderjahr (Art. 103 Abs. 1 KVV). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder (Art. 103 Abs. 2 KVV).

Grundsätzlich haben sozialhilfebeziehende Personen eine Krankenversicherung mit der Minimalfranchise von 300 Franken abzuschliessen. Eine Erhöhung der Franchise ist trotz Senkung der Krankenversicherungsprämie nicht zu empfehlen, weil allenfalls erhöhte Gesundheitskosten vom Versicherer auf die versicherten Personen und somit auf die Sozialhilfe verschoben werden könnten. Es liegt im Ermessen der Sozialhilfebehörde in begründeten Fällen von der Minimalfranchise von 300 Franken abzuweichen.

3.2 Vorgehen bei neuen Sozialhilfefällen ab 01.01.2012

Sollte die Grundversicherung der Kranken- und Unfallversicherung einer sozialhilfebeziehenden Person höher sein als die regionale Durchschnittsprämie, ist die Differenz längstens bis zum nächstmöglichen Kündigungstermin zu übernehmen. Nach Ablauf des Kündigungstermins wird ausschliesslich und maximal die regionale Durchschnittsprämie durch die Sozialhilfe übernommen. Dieser Umstand ist in der Grundverfügung explizit festzulegen.

Die sozialhilfebeziehenden Personen sind von der Sozialhilfebehörde bzw. vom Sozialdienst dazu anzuhalten, eine Krankenversicherung zu wählen, welche eine Grundversicherung in der maximalen Höhe der regionalen Durchschnittsprämie anbietet. Sollte sich eine sozialhilfebeziehende Person weigern, zu einer entsprechend günstigeren Krankenversicherung zu wechseln, hat sie die Prämien Differenz selber zu finanzieren.

Stimmt die bisherige Krankenversicherung einem Wechsel aufgrund ausstehender Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten nicht zu, kann die Versicherung nicht gewechselt werden. In diesen Fällen ist zwar ein Wechsel nicht möglich, die Versicherten sind jedoch vollumfänglich grundversichert. Es werden keine Ausstände übernommen. Liegen in einem solchen Fall die Prämien der Grundversicherung über der regionalen Durchschnittsprämie, wird die effektive Prämie vergütet.

In der Verfügung kann der notwendige Wechsel des Krankenversicherers wie folgt festgehalten werden:



(Fortsetzung von Seite 3)

Rechtliche Würdigung des Sachverhaltes:

"Gestützt auf § 6 Abs. 1 SHG in Verbindung mit § 12 Buchst. b SHV gelten als Aufwendungen für obligatorische Versicherungen die Grundversicherung der Kranken- und Unfallversicherung bis zur Höhe der regionalen Durchschnittsprämie für Erwachsene, junge Erwachsene und Kinder. Die Grundversicherung von Herrn Muster liegt über der regionalen Durchschnittsprämie von zur Zeit Fr. X.--, weshalb diese in vollem Umfang nur bis zum nächstmöglichen Kündigungstermin von der Sozialhilfebehörde übernommen wird. Herr Muster wird angewiesen, auf den nächstmöglichen Kündigungstermin zu einer Krankenversicherung zu wechseln, deren Grundversicherung maximal der regionalen Durchschnittsprämie entspricht."

Entscheid:

"Die Grundversicherung der Kranken- und Unfallversicherung von Herrn Muster wird in vollem Umfang nur bis zum nächstmöglichen Kündigungstermin (Datum) von der Sozialhilfebehörde übernommen. Ab (Datum) wird maximal die regionale Durchschnittsprämie übernommen."

3.3 Vorgehen bei laufenden Sozialhilfefällen

Die Sozialhilfebehörde bzw. der Sozialdienst hat jeweils ab Ende Oktober (Inkrafttreten der VO EDI mit Bekanntgabe der regionalen Durchschnittsprämien für das kommende Jahr) die laufenden Unterstützungsfälle hinsichtlich der Höhe der Krankenversicherungsprämien zu überprüfen.

Entspricht die Grundversicherung der Kranken- und Unfallversicherung einer sozialhilfebeziehenden Person nicht mehr der regionalen Durchschnittsprämie, ist die versicherte Person anzuhalten, den Krankenversicherer zu wechseln. Wählbar sind in diesem Fall alle Krankenversicherungen, welche eine Grundversicherung bis zur maximalen Höhe der regionalen Durchschnittsprämie anbieten. Die Sozialhilfebehörde bzw. der Sozialdienst ist den Klientinnen und Klienten - wo notwendig - behilflich.

Gestützt auf § 27 Abs. 2^{bis} SHV sind die allfälligen jährlichen Änderungen im Bereich der Krankenversicherung mittels Modifikationsmeldung (Rekapitulationsblatt mit Rechtsmittelbelehrung) dem Kantonalen Sozialamt zu melden. Eine ausführliche Verfügung ist somit nicht notwendig, das Rekapitulationsblatt mit Rechtsmittelbelehrung entspricht einer Verfügung und ist somit anfechtbar.

Sind die Klientinnen und Klienten einverstanden und wechseln ihre Krankenversicherung, wird ab 1. Januar der effektive Betrag übernommen. Die Änderung der Unterstützungssumme ist mittels Rekapitulationsblatt (mit Rechtsmittelbelehrung) den Klienten und dem Amt anzuzeigen.

Sind die Klientinnen und Klienten nicht einverstanden und wechseln ihre Krankenversicherung nicht, wird ab 1. Januar ausschliesslich die massgebende regionale Durchschnittsprämie übernommen. Auch diese Änderung der Unterstützungssumme ist mittels Rekapitulationsblatt (mit Rechtsmittelbelehrung) den Klienten und dem Amt anzuzeigen.



(Fortsetzung von Seite 4)

Stimmt die bisherige Krankenversicherung einem Wechsel nicht zu aufgrund ausstehender Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten, kann die Versicherung nicht gewechselt werden. In diesen Fällen ist zwar ein Wechsel nicht möglich, die Versicherten sind jedoch vollumfänglich grundversichert. Es werden keine Ausstände übernommen. Liegen in einem solchen Fall die Prämien der Grundversicherung über der regionalen Durchschnittsprämie, wird die effektive Prämie vergütet.

3.4 Ausführungen des Bundesamtes für Gesundheit

Auf der Internetseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) sind weiterführende Ausführungen abrufbar, insbesondere steht eine Tabelle zur Verfügung, welche jede baselbieter Gemeinde der entsprechenden Prämienregion zuordnet sowie eine ausführliche Liste sämtlicher im Kanton Basel-Landschaft tätigen Krankenversicherer und ihren Prämien, diese aufgeteilt nach Prämienregion und Alterskategorie.

Folgender Link führt zum entsprechenden Dokument: www.bag.admin.ch: Themen: Krankenversicherung: Prämien: www.priminfo.ch: "Prämienübersicht 2012" (bzw. des massgebenden Jahres). Dieses Dokument umfasst für das Jahr 2012 1191 Seiten, auf den Seiten 130 - 166 findet sich die ausführliche Liste sämtlicher im Kanton Basel-Landschaft tätigen Krankenversicherer und auf den Seiten 721 und 722 die Zuordnung jeder baselbieter Gemeinde zu ihrer Prämienregion.

4. Prämienverbilligung

Die Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung haben eine Änderung der kantonalen Bestimmungen bezüglich der Prämienverbilligung zur Folge. Ab 1. Januar 2012 ist gemäss § 11 Abs. 1 EG KVG die Prämienverbilligung neu direkt den Krankenversicherern auszurichten. Für die Anpassung ist eine zweijährige Übergangsfrist gesetzlich festgelegt. Als Basis zur Berechnung der Prämienverbilligung dient weiterhin die Steuererklärung des Vorjahres. Die Sozialhilfebeziehenden haben weiterhin eine Steuererklärung auszufüllen, damit der Anspruch auf die Prämienverbilligung geltend gemacht werden kann.

Die Krankenversicherer erstellen die Abrechnungen neu unter Berücksichtigung und Ausweisung der periodengerechten Prämienverbilligung.

Aufgrund der notwendigen technischen Umstellungen bei der Sozialversicherungsanstalt und bei den Krankenversicherern wird die Umsetzung - direkte Auszahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer - entsprechend der zweijährigen gesetzlichen Übergangsfrist voraussichtlich erst per 1. Januar 2014 erfolgen. In den Jahren 2012 und 2013 wird die Prämienverbilligung also nach wie vor den Versicherten ausbezahlt werden. Das entsprechende Verfahren für die Sozialhilfebehörden - Anrechnung der Prämienverbilligung als Einkünfte und allenfalls Abtretung der Forderung an die Sozialhilfebehörde - bleibt somit unverändert.



(Fortsetzung von Seite 5)

5. Verfahren bei Zahlungsverzug der Versicherten

5.1 Aufhebung des Wegkaufs des Leistungsaufschubes per 31. Dezember 2011

Der Wegkauf des Leistungsaufschubes gem. bisherigem § 6b EG KVG ist per 31. Dezember 2011 aufgehoben und das EG KVG entsprechend der Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung per 1. Januar 2012 geändert worden.

Das revidierte EG KVG enthält in § 17 eine Übergangsbestimmung für bestehende Leistungsaufschübe, für die § 6b während sechs Monaten ab dem Inkrafttreten weiter gilt, sofern die sozialhilferechtliche Unterstützung im Jahre 2011 begonnen hat. Altrechtliche Wegkäufe eines Leistungsaufschubes - für Unterstützungsfälle mit Unterstützungsbeginn im Jahre 2011 oder früher - können somit maximal bis 30. Juni 2012 dem Kantonalen Sozialamt gemeldet werden.

5.2 Neues Verfahren bei Zahlungsverzug der Versicherten ab 1. Januar 2012

Gestützt auf die bereits erwähnten Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung müssen die Kantone ab 1. Januar 2012 85% aller unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen (sowie Verzugszinse und Betreibungskosten) im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung derjenigen Versicherten bezahlen, bei denen nach einer erfolglosen Betreibung ein Verlustschein ausgestellt wurde. Im Gegenzug verzichten die Krankenversicherer auf den Leistungsaufschub und übernehmen alle offenen Spital-, Arzt- und Medikamentenrechnungen der säumigen Versicherten (vgl. Art. 64a KVG).

Neu melden die Krankenversicherer dem Kantonalen Sozialamt unverzüglich und unaufgefordert diejenigen Schuldnerinnen und Schuldner, die wegen ausstehender Prämien und Kostenbeteiligungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrieben werden. Das Kantonale Sozialamt informiert die kommunalen Sozialhilfebehörden. Die Sozialhilfebehörden beraten diese Personen weiterhin und unterstützen sie bei Bedürftigkeit gemäss dem Sozialhilfegesetz (vgl. § 6 EG KVG).