

Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung

vom 19. Dezember 1995

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Diese Verordnung regelt den Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994¹⁾ sowie des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995²⁾. Inhalt

§ 2

¹⁾ Das Departement für Finanzen und Soziales leitet und beaufsichtigt den Vollzug. Zuständigkeit

²⁾ Soweit nichts anderes bestimmt ist, obliegt der Vollzug dem Gesundheitsamt. Dieses erteilt den beauftragten Stellen die erforderlichen Weisungen.

³⁾ Für den Vollzug der Bestimmungen über die Versicherungspflicht und den Zahlungsverzug sind die Krankenkassen-Kontrollstellen der Gemeinden zuständig.

II. Versicherungspflicht

§ 3

Bei der Zuweisung von Personen, die der Versicherungspflicht nicht nachkommen, ist auf eine angemessene Verteilung auf die Versicherer zu achten. Zuweisung

¹⁾ SR 832.10

²⁾ 832.1

³⁾ Fassung gemäss RRV vom 19. Dezember 2006.

Zahlungsverzug und Rückerstattung	<p>§ 4¹⁾</p> <p>¹ Leitet ein Versicherer bei Zahlungsverzug der versicherten Person das Fortsetzungsbegehren ein, hat er dies gleichzeitig der Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde anzuzeigen.</p> <p>² Die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde übernimmt die während der Wohnsitz- oder Aufenthaltsdauer entstehenden Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten oder die Behandlungskosten, sofern der Versicherer seiner Anzeigepflicht gemäss Absatz 1 nachgekommen ist.</p> <p>²³ Übernimmt die Gemeinde die Behandlungskosten, so hat der Leistungserbringer Inkassobemühungen bis zum allfälligen Rechtsvorschlag des Versicherten nachzuweisen. Für Behandlungskosten unter Fr. 500.– genügt der Nachweis, dass der Versicherte nach der Rechnungsstellung zweimal erfolglos gemahnt worden ist.</p> <p>²⁴ Begleicht die Wohnsitz- bzw. Aufenthaltsgemeinde im Versicherungsfall die Kosten gemäss Absatz 2, hat sie gegenüber früheren Wohnsitz- und Aufenthaltsgemeinden im Kanton das Rückgriffsrecht für dort entstandene Prämienrückstände und Kostenbeteiligungen, abzüglich die bezogenen Entschädigungen gemäss § 4c Absatz 2.</p> <p>⁵ Von der Gemeinde übernommene Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen, Betriebskosten und Behandlungskosten sind vom Versicherten zurückzuerstatten.</p>
---	--

Datenpool	<p>§ 4a²⁾</p> <p>¹ Der Kanton betreibt eine elektronische Applikation, in der Personen mit Leistungsaufschub der Versicherer für Behandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfasst werden.</p> <p>² Die Wohnsitz- bzw. Aufenthaltsgemeinden registrieren die Personen im Datenpool, sobald sie die Meldung des Versicherers betreffend Leistungsaufschub erhalten haben.</p> <p>³ Zum Zugriff auf den Datenpool berechtigt sind die Gemeinden, die im Kanton selbständig praktizierenden Ärzte und Ärztinnen, Chiropraktoren und Chiropraktorinnen, die auf den Spitallisten A und B aufgeführten Institutionen mit kantonalem Standort sowie das Ostschweizerische Kinderspital St. Gallen.</p> <p>⁴ Das Departement regelt den Zugriff für die im Kanton selbständig praktizierenden Zahnärzte und Zahnärztinnen.</p>
-----------	--

¹⁾ Fassung gemäss RRV vom 19. Dezember 2006.

²⁾ Fassung gemäss RRV vom 23. Oktober 2007.

§ 4b¹⁾

Für Personen, deren Leistungsaufschub im Datenpool registriert ist, beschränkt sich ab dem Zeitpunkt der Registrierung die Kostenübernahmepflicht der Aufenthalts- bzw. Wohnsitzgemeinde gemäss § 4 Absatz 2 auf Notfallbehandlungen.

Kostenübernahme bei Notfallbehandlungen

§ 4c¹⁾

¹ Zur Abgeltung der von den Gemeinden übernommenen Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten sowie Behandlungskosten wird aus den Mitteln der Prämienverbilligung ein vom Regierungsrat jährlich festzulegender Betrag zur Verfügung gestellt.

Beiträge aus der Prämienverbilligung

² Den Gemeinden werden höchstens zwei Drittel ihrer Aufwendungen ersetzt. Dabei haben die Aufwendungen für die Aufhebung von Leistungsaufschüben der Krankenversicherer Vorrang. Liegt der rechnerische Zweidrittelanteil über dem Betrag gemäss Absatz 1, werden die Gemeinden für ihre Aufwendungen anteilmässig entschädigt. Wird der gemäss Absatz 1 zur Verfügung stehende Betrag nicht ausgeschöpft, werden den Gemeinden die von ihnen übernommenen Behandlungskosten nach demselben Vorgehen anteilmässig ersetzt.

³ Zur Geltendmachung der Kantonsbeiträge reichen die Gemeinden dem Kanton die Abrechnungen der von ihnen im Kalenderjahr übernommenen Aufwendungen bis zum 15. Januar des Folgejahres ein.

⁴ Die Regelung von § 4c gilt für die Jahre 2007 bis 2009.

§ 4d²⁾

¹ Zur Abgeltung der von den Gemeinden übernommenen Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten wird aus den Mitteln der Prämienverbilligung ein vom Regierungsrat festgelegter Betrag zur Verfügung gestellt.

Beiträge aus der Prämienverbilligung 2010

² Den Gemeinden werden höchstens zwei Drittel ihrer Aufwendungen ersetzt. Liegt der rechnerische Zweidrittelanteil über dem Betrag gemäss Absatz 1, werden die Gemeinden für ihre Aufwendungen anteilmässig entschädigt.

³ Zur Geltendmachung der Abgeltungsbeiträge reichen die Gemeinden dem Kanton die Abrechnungen der von ihnen im Kalenderjahr übernommenen Aufwendungen bis zum 15. Januar des Folgejahres ein.

¹⁾ Fassung gemäss RRV vom 23. Oktober 2007.

²⁾ Fassung gemäss RRV vom 8. Dezember 2009, in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 2010.

⁴ Die Regelung von § 4d gilt für das Jahr 2010.

§ 5

Ausstand

Leistungserbringer, die es im Sinne von Artikel 44 Absatz 2 des Bundesgesetzes¹⁾ ablehnen, gesetzliche Leistungen zu erbringen, haben dies dem Gesundheitsamt zu melden.

III. Prämienverbilligung

§ 6²⁾

Ansätze

Die Prämienverbilligungen betragen:

1. Fr. 1 610.– bis zum Steuerbetrag von Fr. 400.– einfache Steuer zu 100%;
2. Fr. 1 210.– bis zum Steuerbetrag von Fr. 600.– einfache Steuer zu 100%;
3. Fr. 805.– bis zum Steuerbetrag von Fr. 800.– einfache Steuer zu 100%;
4. Fr. 605.– für Kinder;
5. Fr. 2 970.– für erwachsene Sozialhilfeempfänger.

§ 6a³⁾

Bemessung für
niedergelassene
Schweizer und
Ausländer sowie
Jahres-
aufenthalter

¹ Solange keine definitive Einschätzung vorliegt, wird die Prämienverbilligung aufgrund der vorjährigen provisorischen Steuerrechnung bemessen.

⁴⁾² Lassen sich gestützt auf die definitive Steuerveranlagung verschlechterte wirtschaftliche Verhältnisse nachweisen, kann die versicherte Person spätestens innert 30 Tagen seit Rechtskraft der Schlussrechnung eine Neubemessung der Prämienverbilligung verlangen. Differenzbeträge von weniger als Fr. 30.– werden weder ausbezahlt noch zurückgefordert.

¹⁾ SR 832.10

²⁾ Fassung gemäss RRV vom 8. Dezember 2009, in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 2010.

³⁾ Fassung gemäss RRV vom 14. Dezember 2004, in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 2005.

⁴⁾ Fassung gemäss RRV vom 19. Dezember 2006.

§ 6b¹⁾

²⁾ Bemessungsgrundlage für Kurzaufenthalter und Grenzgänger mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EG oder EFTA und Kurzaufenthalter mit Wohnsitz in einem Drittstaat, welche für sich allein eine Prämienverbilligung beanspruchen, ist das in der Schweiz erzielte und nach der Kaufkraft bereinigte quellensteuerpflichtige Einkommen.

Bemessung für Kurzaufenthalter und Grenzgänger

² Wird die Prämienverbilligung von EG- oder EFTA-Bürgern und -Bürgerinnen mit Aufenthalt in der Schweiz auch für die in einem EG- oder EFTA-Staat wohnhaften nicht erwerbstätigen Familienangehörigen beantragt, ist auf das gesamte im In- und Ausland erzielte und nach der Kaufkraft bereinigte Einkommen und Vermögen abzustellen.

³ Für das erzielte Einkommen und Vermögen sind die neuesten Daten wie Steuerveranlagung, Liegenschaftenbewertung, Bankbelege usw. heranzuziehen.

⁴ Die antragstellende Person trägt für die Feststellung des erzielten Einkommens und Vermögens die volle Mitwirkungs- und Beweispflicht.

§ 6c³⁾**§ 6d**⁴⁾

¹ Die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde kann die Prämienverbilligung von Anspruchsberechtigten mit ausstehenden Prämien direkt beantragen und dem Versicherer zur Deckung der Ausstände überweisen.

Prämienverbilligung bei Zahlungsausständen

² Reicht eine berechnete Person mit ausstehenden Prämien ihren Antrag nicht oder unvollständig ein, kann die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde die Prämienverbilligung beantragen und direkt dem Versicherer zur Deckung der Ausstände überweisen.

§ 7⁵⁾

⁶⁾ Versicherte Kinder, deren Eltern ein steuerbares Vermögen ausweisen, erhalten keine Prämienverbilligung.

Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung

¹⁾ Fassung gemäss RRV vom 17. Dezember 2002.

²⁾ Fassung gemäss RRV vom 9. Dezember 2003.

³⁾ Fassung gemäss RRV vom 9. Dezember 2008, in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 2009.

⁴⁾ Fassung gemäss RRV vom 20. Dezember 2005.

⁵⁾ Fassung gemäss RRV vom 19. Dezember 2006.

⁶⁾ Fassung gemäss RRV vom 11. Dezember 2007, in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 2008.

² Der Prämienverbilligungsanspruch für Kinder beträgt 50% der effektiven Prämie, maximal jedoch 50% der vom Eidgenössischen Departement des Innern errechneten kantonalen Durchschnittsprämie für Kinder.

¹³ Junge Erwachsene mit einem Steuerbetrag von maximal Fr. 800.– einfache Steuer zu 100%, welche das 18., aber noch nicht das 25. Altersjahr vollendet und sich am Ende des Jahres, für das die Prämienverbilligung geltend gemacht wird, in einer Ausbildung im Sinne des kantonalen Steuerrechts befunden haben, haben Anspruch auf eine Verbilligung von 50% der effektiven Prämie, maximal von 50% der vom Eidgenössischen Departement des Innern errechneten kantonalen Durchschnittsprämie von Fr. 3 264.– für junge Erwachsene. Für die Geltendmachung dieser Prämienverbilligung gilt § 6a Absatz 2.

§ 7a²⁾

§ 8³⁾

Sozialhilfeempfangener

Die Versicherungsprämien für Sozialhilfeempfänger werden von der Gemeindefürsorge übernommen. Das kantonale Amt für AHV und IV erstattet die Prämienverbilligung den Berechtigten oder der Gemeinde.

§ 9⁴⁾

Empfänger von Ergänzungsleistungen

¹ Das kantonale Amt für AHV und IV stellt den Gemeinden zu Beginn des Jahres eine Liste der Empfänger von Ergänzungsleistungen zur AHV und IV zu. Die Gemeinden schliessen diese Personen von der Prämienverbilligung nach §§ 4 und 5 des Gesetzes⁵⁾ aus.

⁶⁾ Das Amt erstattet den Empfängern die Prämie monatlich im Ausmass der vom Eidgenössischen Departement des Innern festgelegten Durchschnittsprämien.

¹⁾ Fassung gemäss RRV vom 8. Dezember 2009, in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 2010.

²⁾ Fassung gemäss RRV vom 9. Dezember 2008, in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 2009.

³⁾ Fassung gemäss RRV über die Sanierung des Finanzhaushaltes vom 17. Dezember 1997.

⁴⁾ Fassung gemäss RRV vom 15. Januar 1996.

⁵⁾ 832.1

⁶⁾ Fassung gemäss RRV vom 7. Januar 1997, in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 1997.

§ 10

¹ Die Ansprüche von Personen, die Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen zur AHV/IV erhalten, bestehen unabhängig von der Bezugsfrist und der Verwirkungsfrist nach § 9 Absatz 2 des Gesetzes ¹⁾.

Anspruch für
niedergelassene
Schweizer und
Ausländer sowie
Jahresaufent-
halter

²⁾ Trotz Ablauf der Bezugsfrist und Verwirkungsfrist nach § 9 Absatz 2 des Gesetzes lebt der Anspruch einer versicherten Person unter den Voraussetzungen gemäss § 6a Absatz 2 wieder auf.

²⁾³ Der Anspruch erlischt für die Zeit der Sistierung der Versicherungspflicht gemäss Artikel 3 Absatz 4 des Bundesgesetzes ³⁾. Die Rückforderung richtet sich nach § 12 des Gesetzes ¹⁾.

§ 10a ⁴⁾

¹ Für EG- oder EFTA-Bürger und -Bürgerinnen, die aufgrund der Bilateralen Abkommen bei einem Schweizer Krankenversicherer gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung ³⁾ obligatorisch grundversichert sind und Leistungen aus der schweizerischen Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen zur AHV/IV erhalten, verfällt der Anspruch auf Prämienverbilligung nach erfolgter Abreise aus der Schweiz.

Anspruch für
Kurzaufenthalter
und Grenzgänger

² Für EG- oder EFTA-Bürger und -Bürgerinnen, die aufgrund der Bilateralen Abkommen bei einem Schweizer Krankenversicherer gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung obligatorisch grundversichert sind und Leistungen aus der schweizerischen Arbeitslosenversicherung erhalten, verfällt der Anspruch auf Prämienverbilligung mit dem Erlöschen der Versicherungspflicht.

³ Kurzaufenthalter haben den Antrag auf die Prämienverbilligung bis spätestens 30 Tage vor Ablauf der Aufenthaltsbewilligung beziehungsweise bis spätestens 30 Tage vor ihrer Abreise ins Ausland zu stellen, ansonsten der Anspruch auf die Prämienverbilligung verfällt.

⁴ Grenzgänger haben den Antrag auf die Prämienverbilligung bis 31. Dezember des Jahres zu stellen, für das die Prämienverbilligung geltend gemacht wird. Mit Ablauf dieser Frist verfällt der Anspruch auf die Prämienverbilligung.

¹⁾ 832.1

²⁾ Fassung gemäss RRV vom 5. Dezember 2000.

³⁾ SR 832.10

⁴⁾ Fassung gemäss RRV vom 17. Dezember 2002.

	§ 11 ¹⁾
Kurzaufenthalter und Grenzgänger	Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz, die gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung ²⁾ bei einem Schweizer Krankenversicherer obligatorisch grundversichert sind, haben Anspruch auf Prämienverbilligung, sofern sie die Anspruchsvoraussetzungen im Sinne dieser Verordnung erfüllen und bei der zuständigen Gemeinde einen Antrag auf Prämienverbilligung stellen.
	§ 12 ³⁾
Abrechnung	Der Kanton stellt den Gemeinden Rechnung über den Gemeindeanteil der ausgerichteten Prämienverbilligungen.

IV. Leistungserbringer

	§ 13
Spitalliste	¹ Der Regierungsrat erlässt für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung eine Liste der im Kanton und ausserhalb des Kantons gelegenen zugelassenen Spitäler sowie von Pflegeheimen und anderen Einrichtungen. ² Er regelt in Zusammenarbeit mit anderen Kantonen die Kostenabgeltung und das Verfahren für ausserkantonale stationäre Hospitalisationen in der allgemeinen Abteilung.
	§ 14
Kostengutsprache	¹ Kostengutsprachen für ausserkantonale Hospitalisationen in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern werden auf Gesuch der überweisenden Stelle vom Kantonsarzt erteilt. ² Die Kostengutsprache wird nur erteilt, wenn <ol style="list-style-type: none">1. die ausserkantonale Hospitalisation erfolgt, weil die entsprechende medizinische Behandlung im Kanton nicht erbracht wird, und2. der Leistungserbringer sich auf der Spitalliste gemäss § 13 Absatz 1 befindet.

¹⁾ Fassung gemäss RRV vom 17. Dezember 2002.

²⁾ SR 832.10

³⁾ Fassung gemäss RRV über die Sanierung des Finanzhaushaltes vom 17. Dezember 1997.

³ Wird die medizinische Behandlung in Spitälern der Spitalliste gemäss § 13 Absatz 1 nicht erbracht, kann Kostengutsprache für weitere Leistungserbringer erteilt werden; diese müssen sich auf der Spitalliste des Standortkantons befinden.

⁴ Die Kostengutsprache muss bei Spitaleintritt vorliegen.

⁵ Hospitalisationen von mehr als 30 Tagen bedürfen einer neuen Kostengutsprache.

⁶ Vorbehalten bleiben besondere Kostengutspracheregelungen mit anderen Kantonen.

§ 15

¹ Liegt keine Kostengutsprache vor, kommt der Kanton für die Behandlungskosten nicht auf. Zahlungsstopp

² Wird der Kanton in diesen Fällen für ausserkantonale Behandlungskosten in Anspruch genommen, steht ihm das Rückgriffsrecht auf die Patientin oder den Patienten zu.

§ 16

¹ Keine Kostengutsprache ist notwendig für: Ausnahmen

1. Notfälle; ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand von Patientinnen oder Patienten es nicht erlaubt, diese in ein im Kanton gelegenes Spital zu transportieren;
2. Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten, die von einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten, im Kanton gelegenen Spital überwiesen werden, beschränkt auf eine Dauer von 30 Tagen.

² Notfälle und Überweisungen gemäss Absatz 1 sind dem Kantonsarzt innert 7 Tagen zu melden.

³ Der Kantonsarzt ist berechtigt, die Behandlung auf ihre medizinische Notwendigkeit hin zu prüfen und eine Verlegung der Patientin oder des Patienten anzuordnen, sofern diese sich nicht gesundheitsschädigend auswirken kann.

⁴ Ergibt die Prüfung, dass kein Notfall vorlag, oder wird die Verlegung nicht vorgenommen, gilt für die Kostenfolgen § 15.

§ 17Spitex-
organisationen

Die von den Gemeinden gestützt auf § 11 des Gesundheitsgesetzes¹⁾ beauftragten privaten oder öffentlich-rechtlichen Spitexorganisationen oder gemeindeeigene Spitexdienste werden als Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes²⁾ zugelassen.

§ 18Medikamenten-
abgabe

³⁾ Die Abgabe ärztlich verordneter Medikamente erfolgt durch die öffentlichen Apotheken, durch die praktizierenden Ärzte, die Privatkliniken und Pflegeheime mit einer Privatapotheke sowie durch die Apotheke der Spital Thurgau AG.

²⁾ Patientinnen oder Patienten steht das Wahlrecht zu, wo sie ärztlich verordnete Medikamente beziehen wollen.

³⁾ Die Einzelheiten legt eine Regelung fest, welche der Thurgauische Apothekerverein und die Thurgauische Ärztesgesellschaft vereinbaren.

⁴⁾ Diese Regelung ist dem Departement zur Genehmigung zu unterbreiten.

§ 19⁴⁾**§ 20**

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

¹⁾ 810.1

²⁾ SR 832.1

³⁾ Fassung gemäss RRV zum G über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten vom 28. September 1999, in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 2000; ABl. 1999, Seite 2047.

⁴⁾ Aufhebung bisherigen Rechtes, ABl. 1995, Seite 2623.