



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

(Anpassung an die Änderung der Gaststaatverordnung, Anpassung infolge der KVG-Revision vom 30. September 2016, Änderung aufgrund eines Bundesgerichtsurteils, Änderungen im Kapitel zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen, Restbetrag aus der Prämienkorrektur)

Vorgesehene Änderungen per 1. Januar 2018 sowie per 1. Januar 2019

Erläuternder Bericht

Bern, im November 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
1.1	Zu den Bestimmungen mit internationalem Bezug	3
1.2	Zum Bundesgerichtsurteil, wonach die Prämien nach Tagen zu erheben sind.....	3
1.3	Zu den Anträgen von GDK und santésuisse zum Kapitel "Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen"	3
2	Inhalt der Revision, wichtigste Änderungen	4
2.1	Anpassung an die Änderung der Gaststaatverordnung (V-GSG, SR 192.121)	4
2.2	Anpassung infolge der KVG-Revision vom 30. September 2016.....	4
2.3	Änderung aufgrund des Bundesgerichtsurteils, wonach die Prämien nach Tagen zu erheben sind.....	5
2.4	Änderungen im Kapitel "Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen"	5
2.5	Weitere Änderungen.....	5
3	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	6
3.1	Artikel 6 Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht	6
3.2	Artikel 19a Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone	7
3.3	Artikel 22 Streitigkeiten	8
3.4	Artikel 23	9
3.5	Artikel 29 Durchschnittlicher Versichertenbestand	9
3.6	Artikel 36a Kostenübernahme bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit.....	10
3.7	Artikel 36b Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Versicherte.....	11
3.8	Artikel 37 Kostenübernahme bei internationaler Leistungsaushilfe für im Ausland versicherte Personen	13
3.9	Artikel 91 Abstufung der Prämien	13
3.10	Artikel 99 Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers	13
3.11	Artikel 105e Meldungen über Betreibungen.....	14
3.12	Artikel 105f Meldungen über Verlustscheine	15
3.13	Artikel 105j Revisionsstelle.....	15
3.14	Artikel 105k Zahlungen der Kantone an die Versicherer	16
3.15	Artikel 136 Restbetrag aus der Prämienkorrektur	17
4	Inkrafttreten.....	18

1 Ausgangslage

1.1 Zu den Bestimmungen mit internationalem Bezug

Am 30. September 2016 hat die Bundesversammlung die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verabschiedet (BBl 2016 7621). Die Referendumsfrist ist am 19. Januar 2017 abgelaufen. Diese Revision ermächtigt den Bundesrat zum Erlass von Bestimmungen in den nachfolgenden Bereichen.

Der Bundesrat hat die Voraussetzungen festzulegen, unter denen die Kosten von Leistungen, die im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit für in der Schweiz wohnhafte Versicherte im Ausland erbracht werden, übernommen werden (Art. 34 Abs. 2 Bst. a rev.KVG).

Nach Artikel 41 Absatz 2^{ter} rev.KVG werden bei den Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der EU, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen Spitalbehandlungen höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Referenzkantons für die betreffende Behandlung gilt, vergütet. Der Bundesrat hat den Referenzkanton festzulegen.

Bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von den oben erwähnten Versicherten werden die Kantone verpflichtet, gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil, der auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt wird, zu übernehmen (Art. 49a Abs. 3^{bis} rev.KVG). Um diese Bestimmung umsetzen zu können, muss auf Verordnungsstufe ein Verfahren festgelegt werden.

Zudem bestimmt der Bundesrat das Inkrafttreten dieser KVG-Revision.

Die vorliegende Revision der Verordnung vom 27. Juni 1995¹ über die Krankenversicherung (KVV) wird zudem dazu genutzt, weitere notwendige Bestimmungen mit einem internationalen Bezug, die sich nicht auf die KVG-Revision vom 30. September 2016 abstützen, zu erlassen.

1.2 Zum Bundesgerichtsurteil, wonach die Prämien nach Tagen zu erheben sind

Bis Ende 2015 pfligten die Versicherer die Prämien für den ganzen Monat zu erheben, auch wenn sie die Versicherungsdeckung nicht für den ganzen Monat gewähren mussten. Dies ist insbesondere der Fall bei Geburt, Tod, Abreise ins Ausland, Zuzug aus dem Ausland oder Unterstellung unter die Militärversicherung.

Das Bundesgericht hat am 3. Dezember 2015 entschieden, dass der Versicherer bei Ende der Versicherungspflicht (Todesfall, Abreise ins Ausland) die Prämie für den restlichen Monat zurückerstatten muss (BGE 142 V 87). Gestützt auf dieses Urteil berechnen die Versicherer die Prämie der Versicherten, die während des Monats ein- oder austreten, jetzt nicht mehr für den ganzen Monat, sondern nach Tagen. Dies soll bei der Berechnung des durchschnittlichen Versichertenbestandes (Art. 29) berücksichtigt werden.

1.3 Zu den Anträgen von GDK und santésuisse zum Kapitel "Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen"

Am 19. März 2010 änderte das Parlament die Regelung des Nichtbezahlens von Prämien und Kostenbeteiligungen sowie der Prämienverbilligung (Art. 64a und 65 KVG). Zugleich legte es fest, dass der

¹ SR 832.102

jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (ELG, SR 831.30) dem Versicherer auszuführen ist (Art. 21a ELG). Gestützt auf diese Änderung erliess der Bundesrat Vollzugsbestimmungen (Art. 105b bis 106e KVV und Art. 22 Abs. 5 und Art. 54 Abs. 5 der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge, ELV, SR 831.301). Diese Gesetzes- und Ordnungsänderungen traten am 1. Januar 2012 in Kraft.

Ende 2015 beantragten die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und *santésuisse*, die schweizerischen Krankenversicherer, dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Artikel 105e, 105f, 105j und 105k KVV ändern zu lassen. Zur Begründung führten sie an, sie hätten bei der Umsetzung des Datenaustausches nach Artikel 64a KVG Präzisierungsbedarf ausgemacht.

2 Inhalt der Revision, wichtigste Änderungen

2.1 Anpassung an die Änderung der Gaststaatverordnung (V-GSG, SR 192.121)

Mit der Revision von Artikel 6 KVV können Begleitpersonen von Personen, die Vorrechte gestützt auf das Gaststaatgesetz (GSG; SR 192.12) geniessen, von der OKP befreit werden, wenn sie über einen gleichwertigen Schutz bei der Krankenversicherung einer internationalen Organisation verfügen. Gleiches gilt für Begleitpersonen von Personen, die ihre Tätigkeiten für eine internationale Organisation eingestellt haben, die aber weiterhin über die Krankenversicherung der Organisation versichert sind. Diese Regelung dient der Verhinderung von Doppelversicherungen und steht im Einklang mit der am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Revision der V-GSG.

2.2 Anpassung infolge der KVG-Revision vom 30. September 2016

Gestützt auf Artikel 34 Absatz 2 Buchstabe a rev.KVG hat der Bundesrat die Voraussetzungen festzulegen, unter denen die Kosten von Leistungen, die im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit für in der Schweiz wohnhafte Versicherte im Ausland erbracht werden, übernommen werden. Dabei orientieren sich die neuen Bestimmungen von Artikel 36a KVV stark am bestehenden Artikel 36a KVV für die Pilotprojekte.

Nach Artikel 41 Absatz 2^{ter} rev.KVG werden bei den Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der EU, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen Spitalbehandlungen höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Referenzkantons für die betreffende Behandlung gilt, vergütet. Da eine für die Krankenversicherer praktikable, dauerhafte Regelung getroffen werden muss, wird in Artikel 36b Absatz 1 KVV der Kanton Bern als Referenzkanton bezeichnet.

Mit Artikel 49a Absatz 3^{bis} rev.KVG werden die Kantone verpflichtet, bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der EU, in Island oder Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil, der auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt wird, zu übernehmen. Damit diese Gesetzesbestimmung umgesetzt werden kann, wird auf Verordnungsstufe ein einfaches Verfahren festgelegt. Die Versicherer überweisen dem Spital beide Anteile und für die Rückerstattung der Vorleistung des kantonalen Anteils reichen sie ihre Forderungen an die Kantone der gemeinsamen Einrichtung ein (Art. 36b Abs. 2 KVV). In diesem Zusammenhang erhält die gemeinsame Einrichtung die folgenden neuen Aufgaben: Entgegennahme der Forderungen der Krankenversicherer, Berechnung, wie viel jeder Kanton zu bezahlen hat, Einforderung der errechneten Beträge bei jedem Kanton und Begleichung der Forderungen der Versicherer. Da die gemeinsame Einrichtung bereits Aufgaben im internationalen Bereich wahrnimmt und ihr der Bundesrat

gestützt auf Artikel 18 Absatz 3 KVG weitere Aufgaben, namentlich zur Erfüllung internationaler Verpflichtungen, übertragen kann, ist es naheliegend, ihr auch diese neuen Aufgaben zu übertragen (Art.19a KVV).

2.3 Änderung aufgrund des Bundesgerichtsurteils, wonach die Prämien nach Tagen zu erheben sind

Aufgrund dieses Urteils haben die Versicherer den Versichertenbestand nicht mehr nach Monaten, sondern nach Tagen zu berechnen (Art. 29).

2.4 Änderungen im Kapitel "Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen"

Die GDK und santésuisse beantragten Ende 2015 Änderungen, um die Umsetzung des Artikels 64a KVG durch Kantone und Versicherer zu verbessern. Insbesondere beantragten sie folgende Änderungen:

- Der Versicherer soll dem Kanton nicht nur die Personendaten der Schuldnerinnen und Schuldner, die er betreibt, sondern auch diejenigen von allenfalls weiteren betroffenen Versicherten (z.B. Kinder) bekanntgeben (Art. 105e Abs. 1).
- Der Versicherer soll den Kanton innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine informieren (Art. 105f Abs. 1).
- Die Revisionsstelle soll verpflichtet werden, die Angaben des Versicherers auch bezüglich Rückerstattungen an den Kanton nach Artikel 64a Absatz 5 KVG zu überprüfen (Art. 105j).
- Bei den Zahlungen des Kantons an den Versicherer soll neu geregelt werden, wie mit Prämienverbilligungen umzugehen ist, die einen Zeitraum betreffen, für den der Kanton bereits eine Forderung nach Artikel 64a Absatz 4 KVG übernommen hat (Art. 105k).

2.5 Weitere Änderungen

In Artikel 23 wird eine Anpassung, die sich infolge des Inkrafttretens des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG; SR 832.12) am 1. Januar 2016 ergeben hat, vorgenommen. Zudem wird ein neuer Artikel 136 geschaffen, welcher regelt, was mit dem Restbetrag aus der Prämienkorrektur geschehen soll. Der Restbetrag aus dem Prämienzuschlag und dem Versichererbeitrag soll dem Insolvenzfonds zugute kommen. Der Restbetrag aus dem Bundesbeitrag soll in erster Linie zur Deckung der Umsetzungskosten der gemeinsamen Einrichtung verwendet werden. Ein allfälliger Rest geht auch in den Insolvenzfonds.

3 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

3.1 Artikel 6 Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht

Titel: Korrektur betrifft nur die italienische Fassung

Absatz 3

Bei der Änderung der V-GSG, die am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, wurde Artikel 6 Absatz 3 KVV angepasst. Die in der früheren Fassung aufgeführten Familienangehörigen werden in der neuen Version versehentlich nicht mehr genannt, wodurch eine Lücke entstanden ist. Das Eidgenössische Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) möchte diese Lücke nun schliessen. Zur Vermeidung von Doppelversicherungsfällen schlägt es vor, wieder die Möglichkeit einzuführen, Personen, die mit der hauptberechtigten Person bei der Krankenversicherung ihrer früheren Organisation versichert sind, von der Krankenversicherungspflicht auszunehmen. Die Definition des persönlichen Geltungsbereichs in Absatz 3 wird vereinfacht, damit sie besser der Realität entspricht. Nach der heutigen Praxis bieten lediglich die zwischenstaatlichen Organisationen, die internationalen Institutionen, die Sekretariate oder die anderen durch einen völkerrechtlichen Vertrag eingesetzten Organe und die internationalen Gerichtshöfe nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a, b, i und k GSG ihrem Personal tatsächlich einen Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz. Um eine lange Aufzählung der institutionellen Begünstigten zu vermeiden, wird einfach auf die zutreffenden Buchstaben von Artikel 2 Absatz 1 GSG verwiesen. Gleiches gilt für Absatz 4.

In der aktuellen Fassung von Absatz 3 müssen ehemalige Beamte im Ruhestand über einen "entsprechenden" Versicherungsschutz verfügen, damit sie von der Versicherungspflicht ausgenommen werden können. Die Absätze 2, 4 und 7 von Artikel 2 KVV zu den Voraussetzungen für die Befreiung verlangen einen "gleichwertigen" Versicherungsschutz. Diese beiden Ausdrücke unterscheiden sich nicht grundlegend voneinander. Im Interesse der betroffenen Versicherten ist dafür zu sorgen, dass diese nur dann von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn ihr privater Versicherungsschutz tatsächlich dem KVG gleichwertig ist. Um das Verständnis der Voraussetzungen für die Befreiung zu vereinfachen, muss die diesbezügliche Formulierung in Absatz 3 sowie im neuen Absatz 4 angepasst werden, indem dort der Ausdruck "gleichwertiger" Versicherungsschutz eingesetzt wird.

Des Weiteren ist zu präzisieren, dass die betreffende Person die Befreiung oder den Verzicht auf eine Befreiung nicht widerrufen kann. Die Anfügung dieses Satzes in den Absätzen 3 und 4 (*in fine*) ist insofern gerechtfertigt, als die betroffenen Personen keine Vorrechte nach internationalem Recht geniessen oder darauf verzichtet haben. Es besteht daher keine Veranlassung, ihnen den Widerruf ihrer Versicherungswahl zu ermöglichen, wie es Artikel 7 Absatz 6 KVV für mit Vorrechten begünstigte Personen nach Artikel 6 Absatz 1 vorsieht. Da es sich um Personen handelt, die dauerhaft in der Schweiz wohnen, ist ein Hin und Her zwischen verschiedenen Versicherungssystemen aus besonderen Gründen (finanzieller Art oder andere) zu vermeiden. Es würde auch gegen das Solidaritätsprinzip verstossen, wenn sich diese Personen dem KVG-System anschliessen könnten, wenn sie alt und krank sind, obwohl sie nie Beiträge entrichtet haben.

Die Frist für die Einreichung des Befreiungsgesuchs beträgt, wie bei den übrigen Befreiungsgründen, drei Monate ab Beginn der Versicherungspflicht, bzw. ab Eintreten eines Befreiungsgrundes. Gleiches gilt für Absatz 4.

Absatz 4

Die nach Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe c GSG i.V.m. Artikel 11 Absatz 1 Buchstabe f, Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 Buchstabe g V-GSG zur Begleitung berechtigten Personen unterstehen nicht der obligatorischen Krankenversicherung. Sie können sich mit der hauptberechtigten Person bei der Versicherung der internationalen Organisation versichern. Bisher galt diese Regel nur für Personen, die keine Erwerbstätigkeit ausüben. Erwerbstätige Personen mussten sich in der Schweiz versichern, auch wenn

sie durch die Versicherung der internationalen Organisation gedeckt waren. Um Fälle von Doppelversicherung zu vermeiden, revidierte das EDA Artikel 24 der V-GSG. Seit dem 1. Januar 2016 unterstehen Familienangehörige und andere Begleitpersonen (gemäss Art. 22 V-GSG), die ihre Legitimationskarte zwecks Ausübung einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz gegen einen Ci-Ausweis tauschen, nicht mehr der obligatorischen Krankenversicherung. Diese Personen gehören nicht zum Anwendungsbereich von Absatz 4, sondern von Absatz 1. Gemäss Artikel 20 GSG geniessen sie die gleichen Vorrechte, Immunitäten und Erleichterungen wie die hauptberechtigte Person. Der Verzicht auf Vorrechte betrifft nur die Ausübung der Erwerbstätigkeit (Art. 22 Abs. 4 V-GSG). Ausgenommen davon sind Personen, die gemäss dem Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) in einem EU-/EFTA-Land mit der hauptberechtigten Person versichert sind. Wenn diese Personen eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufnehmen, werden sie versicherungspflichtig.

Die V-GSG gilt jedoch nicht für Personen, die keine Vorrechte nach internationalem Recht geniessen. Somit bleiben Familienangehörige und Begleitpersonen mit einer Aufenthalts-, Niederlassungs- oder Grenzgängerbewilligung sowie Schweizer Staatsangehörige der obligatorischen Krankenversicherung unterstellt, auch wenn sie sich mit der hauptberechtigten Person bei der Versicherung der internationalen Organisation versichern können. Auch hier bezweckt die vorliegende Revision, Fälle von Doppelversicherung zu vermeiden.

3.2 Artikel 19a Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone

Bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der EU, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen werden die Kantone gemäss Artikel 49a Absatz 3^{bis} rev.KVG verpflichtet, gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil, der auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt wird, zu übernehmen. Damit diese Bestimmung umgesetzt werden kann, wird auf Verordnungsstufe ein Verfahren festgelegt. Die Aufgaben, die in diesem Zusammenhang erfüllt werden müssen, sind einer Institution zu übertragen.

Die gemeinsame Einrichtung führt bereits mehrere Aufgaben für die Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, durch. Sie entscheidet bei dieser Personengruppe über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht (Art. 18 Abs. 2^{bis} KVG), weist die Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu (Art. 18 Abs. 2^{ter} KVG), und sie führt bei ihnen die Prämienverbilligung durch (Art. 18 Abs. 2^{quinquies} KVG). Der Bundesrat hat gestützt auf Artikel 18 Absatz 3 KVG die Ermächtigung, der gemeinsamen Einrichtung weitere Aufgaben zu übertragen, namentlich zur Erfüllung internationaler Verpflichtungen. Aus diesen Gründen ist es naheliegend der gemeinsamen Einrichtung auch die neuen Aufgaben für diese Personengruppe zu übertragen.

Um die Kosten für die Durchführung der neuen Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung möglichst gering zu halten, ist ein einfaches Verfahren, das Doppelspurigkeiten vermeidet, vorzusehen. Deshalb wird im neuen Artikel 36b Absatz 2 KVV geregelt, dass in diesen Fällen die Versicherer dem Spital beide Anteile überweisen, und dass sie für die Rückerstattung der Vorleistung ihre Forderungen an die Kantone bei der gemeinsamen Einrichtung einreichen. Damit werden die Aufgaben, wie die Prüfung der anspruchsberechtigten Personen und die Kontrolle der Rechnungen der Spitäler, einzig den Krankenversicherern überlassen.

Die gemeinsame Einrichtung erhält die folgenden neuen Aufgaben: Entgegennahme der Forderungen der Krankenversicherer, Berechnung, wie viel jeder Kanton gestützt auf Artikel 49a Absatz 3^{bis} rev.KVG zu bezahlen hat, Einforderung des errechneten Betrags bei jedem Kanton und Begleichung der Forderungen der Versicherer.

Absatz 1

In diesem Absatz wird geregelt, dass die gemeinsame Einrichtung nach Einreichung der Forderungen der Versicherer nach Artikel 36b Absatz 2 KVV berechnet, wie viel jeder Kanton vom kantonalen Anteil zu übernehmen hat. Da gestützt auf Artikel 49a Absatz 3^{bis} rev.KVG der kantonale Anteil auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufzuteilen ist, wird zudem geregelt, dass sich die gemeinsame Einrichtung für die Ermittlung der Wohnbevölkerung der Kantone an die Zahlen der letzten Erhebung der Bevölkerungsstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) über die mittlere ständige Wohnbevölkerung zu halten hat. Dabei handelt es sich um eine für alle Beteiligten einsehbare und anerkannte Erhebung. Nach der Berechnung hat die gemeinsame Einrichtung den ermittelten Betrag bei jedem Kanton einzufordern.

Absatz 2

Nach Eingang der Zahlungen durch die Kantone begleicht die gemeinsame Einrichtung die Forderungen der Versicherer.

Absatz 3

In diesem Absatz wird die Finanzierung der neuen Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung geregelt, denn gestützt auf Artikel 18 Absatz 6 KVG regelt der Bundesrat die Finanzierung der Aufgaben, die er der gemeinsamen Einrichtung nach Absatz 3 überträgt. Da die Kantone den kantonalen Anteil gemeinsam im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung übernehmen müssen, ist es naheliegend, ihnen auch die Finanzierung dieser neuen Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung im gleichen Verhältnis zu übertragen. Die Kosten für die Durchführung dieser Aufgaben werden eher gering sein, denn der gemeinsamen Einrichtung werden keine Prüfungsaufgaben im Einzelfall übertragen, und sie kann in einem Reglement ein für alle Kantone und Versicherer einheitliches Verfahren festlegen. Nach ihren Schätzungen werden die Kosten jährlich maximal 100'000 Franken betragen.

Absatz 4

Der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung hat für die genaue Ausgestaltung ihrer neuen Aufgaben ein Reglement zu erlassen. Darin soll unter anderem die Rechnungsprüfung, das Leistungscontrolling, die Umsetzung der Rückerstattung der Vorleistungen der Krankenversicherer und die Ausübung des Rückgriffsrechts für die Kantone geregelt werden. Mit einem Reglement wird gewährleistet, dass die Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone gegenüber allen Kantonen und Versicherern einheitlich umgesetzt wird. Da das Reglement Auswirkungen sowohl auf die Kantone als auch auf die Versicherer hat, muss die gemeinsame Einrichtung sie vor der Beschlussfassung durch den Stiftungsrat konsultieren. Zudem bedarf das Reglement gestützt auf Artikel 18 Absatz 1 KVG der Genehmigung durch das Departement.

3.3 Artikel 22 Streitigkeiten

Absatz 3 Einleitungssatz und Buchstabe d

Bis anhin wird in Artikel 22 Absatz 3 KVV geregelt, in welchen Fällen die gemeinsame Einrichtung bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Versicherer in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; 172.021) entscheidet. Dabei handelt es sich um die Umverteilung von Reserven (Bst. a), die Erhebung von Beiträgen an den Insolvenzfonds und die Auszahlung von Leistungen aus dem Insolvenzfonds (Bst. b) und die Auszahlung der Mehreinnahmen nach Artikel 67 Absatz 2^{ter} (Bst. c). Damit die gemeinsame Einrichtung auch bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone gegenüber den Krankenversicherern verfügen kann, gewährt ihr der neue Buchstabe d dieses Recht. Zudem ist im Einleitungssatz des Absatzes die Abkürzung des erwähnten Bundesgesetzes einzufügen, da auch im neuen Absatz 3^{bis} auf das VwVG verwiesen wird.

Absatz 3^{bis}

Zudem muss in einem neuen Absatz geregelt werden, dass die gemeinsame Einrichtung auch bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Kanton im Zusammenhang mit der Aufteilung des kantonalen Anteils

auf die Kantone in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 VwVG entscheiden kann, wenn z.B. ein Kanton die Höhe seines Anteils bestreitet. Da der Bundesrat die neuen Aufgaben gestützt auf Artikel 18 Absatz 3 KVG der gemeinsamen Einrichtung übertragen hat, hat er ihr auch die Verfügungskompetenz zu erteilen, damit sie ihre Aufgaben überhaupt wahrnehmen kann.

3.4 Artikel 23

Absatz 1

Nach dem geltenden Artikel 23 Absatz 1 sind zwei für die gemeinsame Einrichtung anwendbare Bestimmungen der KVV auch für die Institution nach Artikel 19 KVG sinngemäss anwendbar. Die beiden Bestimmungen wurden jedoch mit Wirkung seit 1. Januar 2016 aufgehoben und im neuen KVAG in den Artikeln 45 und 46, die für die gemeinsame Einrichtung anwendbar sind, neu geregelt. Es ist sinnvoll, dass diese neuen auf Gesetzesstufe gehobenen Bestimmungen, wie bisher die beiden aufgehobenen Verordnungsbestimmungen für die Institution nach Artikel 19 Absatz 2 KVG sinngemäss anwendbar sind. Zudem soll in der Verordnung nicht mehr von einer vorgesehenen Institution die Rede sein.

Absatz 3

Anstelle des Begriffs "Rechenschaftsbericht" wird heute öfter – auch von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz – der Begriff "Geschäftsbericht" verwendet. Deshalb wird neu dieser Begriff verwendet; zudem wird die Bestimmung von Absatz 1 in Absatz 3 verschoben.

3.5 Artikel 29 Durchschnittlicher Versichertenbestand

Im Kapitel "Aufsicht" im Abschnitt "Aufsichtsdaten" ist vorgesehen, dass das BAG je Versicherer unter anderem den Versichertenbestand veröffentlicht (Art. 28b Abs. 2 Bst. h KVV). Dazu wird festgehalten, dass für die Berechnung der von den Versicherern zu meldenden durchschnittlichen Versichertenbestände bei unterjährigen Versicherungszeiten die zusammengezählten Versicherungsmonate, geteilt durch zwölf, massgebend sind (Art. 29 KVV). Das BAG veröffentlicht den durchschnittlichen Versichertenbestand in den Aufsichtsdaten der Versicherer (siehe "Statistik der obligatorischen Krankenversicherung", Tabelle 5.01).

Gestützt auf das Bundesgerichtsurteil BGE 142 V 87 berechnen die Versicherer die Prämie der Versicherten, die während des Monats ein- oder austreten (Geburt, Tod, Abreise ins Ausland, Zuzug aus dem Ausland oder Unterstellung unter die Militärversicherung), nicht mehr für den ganzen Monat, sondern nach Tagen. Entsprechend haben die Versicherer beim Berechnen ihrer durchschnittlichen Versichertenbestände neu die Versicherungstage zusammenzuzählen und durch 365 oder – bei einem Schaltjahr – 366 Tage zu teilen.

Beispiel: ein Versicherer versichert in einem Schaltjahr (= 366 Tage) drei Personen. Die erste ist vom 1. Januar bis zum 31. Dezember versichert ($366/366 = 1$), die zweite wird am 15. März geboren ($(17+275)/366 = 0,797814$). Die dritte stirbt am 3. Juli ($((182+3)/366 = 0,505464)$). Der durchschnittliche Versichertenbestand dieses Versicherers beträgt somit $2.30328 (1 + 0,797814 + 0,505464)$.

Da im Artikel 28b Absatz 2 Buchstabe h der Begriff "Versichertenbestand" verwendet wird, soll auch die Sachüberschrift von Artikel 29 diesen Begriff statt des Begriffes "Risikobestand" verwenden. Weil die Bestimmung die Berechnung des durchschnittlichen Versichertenbestandes regelt, soll der Begriff "durchschnittlich" in der Sachüberschrift ergänzt werden. Schliesslich wird in der Bestimmung präzisiert, dass die Versicherer für die zu meldenden durchschnittlichen Versichertenbestände die Versicherungstage *des betreffenden Jahres* aller versicherten Personen zusammenzuzählen haben.

3.6 Artikel 36a Kostenübernahme bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit

Seit dem Jahre 2006 kann gestützt auf Artikel 36a KVV die OKP im Rahmen von Pilotprojekten die Kosten von medizinischen Behandlungen im grenznahen Ausland übernehmen. Derzeit bestehen zwei solche Pilotprojekte im Raum Basel/Lörrach sowie eines im Raum St. Gallen/Liechtenstein, die sich bewährt haben. Damit werden die schweizerischen Grenzregionen gestärkt und das Versorgungsangebot in den Grenzregionen wird verbessert, was auch einem Bedürfnis der Grenzregionen entspricht.

Damit die bestehenden Pilotprojekte dauerhaft weitergeführt werden und weitere grenzüberschreitende Zusammenarbeitsformen entstehen können, brauchte es zwingend eine formell-gesetzliche Grundlage, die mit der Revision des KVG vom 30. September 2016 geschaffen wurde.

Da der revidierte Artikel 34 Absatz 2 des Gesetzes lediglich eine Delegationsnorm an den Bundesrat enthält, hat er in seiner Botschaft vom 18. November 2015 (BBl 2016 1) ausgeführt, dass er sich bei der Ausgestaltung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit an den Rahmen der bisherigen Pilotprojekte halten wird. Der Bundesrat hat bereits in der Botschaft erwähnt, an welche konkreten Bedingungen die grenzüberschreitende Zusammenarbeit geknüpft sein wird. Die in der Botschaft aufgeführten Bedingungen orientieren sich stark am bestehenden Artikel 36a KVV für die Pilotprojekte. Eine weitergehende Öffnung soll nicht angestrebt werden.

Aus diesen Gründen werden die bestehenden Bedingungen für die Pilotprojekte so weit wie möglich auch für die dauerhafte grenzüberschreitende Zusammenarbeit übernommen. In einigen Bestimmungen von Artikel 36a KVV wird deshalb lediglich der Begriff Pilotprojekte durch Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit ersetzt, da sie künftig unbefristet sind. Die Regelung, dass ein oder mehrere Grenzkantone und ein oder mehrere Versicherer das Gesuch einreichen müssen, wird vom Absatz 3 in den Absatz 2 verschoben, da sie das Gesuch betrifft, und es sich nicht um eine Anforderung an das Programm handelt. Die Bestimmung, welche die Befristung der Pilotprojekte betrifft, wird gestrichen. Zudem kommt es zu einer Verschiebung der Absätze und Buchstaben. Nachfolgend wird lediglich auf diejenigen Bestimmungen eingegangen, bei denen eine materielle Änderung vorgenommen wird.

Absatz 1

Der neue Absatz 1 entspricht materiell dem bisherigen Absatz, ausser dass neu das BAG und nicht mehr das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bewilligen kann. In Artikel 56 KVAG wird geregelt, dass das BAG die Aufsicht nach diesem Gesetz ausübt. Danach ist das BAG z.B. zuständig, einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zu erteilen. Deshalb soll auch das BAG für die Bewilligung von grenzüberschreitender Zusammenarbeit zuständig sein. An der Bewilligung durch den Bund soll festgehalten werden, denn der Bundesrat hat bereits in der Botschaft zur KVG-Revision erwähnt, dass das eine Voraussetzung für die Durchführung ist. Zudem will sich der Bund bei dieser Öffnung des Territorialitätsprinzips ein gewisses Mitspracherecht vorbehalten.

Absatz 3 Buchstabe a

Statt gewöhnlicher Aufenthalt wie im bisherigen Artikel 36a Absatz 3 Buchstabe c wird neu die Formulierung Wohnort in einem beteiligten Grenzkanton verwendet. Damit wird klar, dass das Programm der Wohnbevölkerung des teilnehmenden Grenzkantons offen steht.

Absatz 3 Buchstabe b

Sowohl im Vernehmlassungsverfahren (siehe Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse [Ergebnisbericht] vom April 2015 unter <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2014.html#EDI> Abgeschlossene Vernehmlassungen, 2014, EDI) als auch während der parlamentarischen Beratungen wurde gefordert, dass die Versicherer die Versicherten nicht zwingen dürfen, sich im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Ausland behandeln zu lassen. Deshalb wird neu diese Voraussetzung für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit aufgenommen.

Absatz 3 Buchstabe e 2. Bedingung

Diese Regelung entspricht inhaltlich der bisherigen Bestimmung von Artikel 36a Buchstabe f Ziffer 2 KVV ist aber klarer formuliert. Gestützt darauf dürfen die Kantone und die Krankenversicherer nur Leistungen in eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit aufnehmen, deren Tarife oder Preise nicht höher sind als im Grenzkanton der versicherten Person. Die Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit stützen sich nicht auf das europäische Koordinationsrecht für die Sozialversicherungen ab, das die Schweiz mit dem Abkommen vom 21. Juni 1999² zwischen der Schweiz einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit und das Übereinkommen vom 4. Januar 1960³ zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) (EFTA-Übereinkommen) übernommen hat, ab. Deshalb rechtfertigt es sich, vorliegend die Kostenerstattung ausserhalb der Leistungsaushilfe zu regeln.

Bestehende Pilotprojekte

Die Pilotprojekte im Raum Basel/Lörrach können gemäss den Verfügungen des EDI vom 3. November 2015 noch bis zum 31. Dezember 2018 durchgeführt werden. Gestützt auf die Verfügung des EDI vom 31. Dezember 2015 kann das Pilotprojekt St. Gallen/Liechtenstein noch bis zum 31. Dezember 2019 weitergeführt werden. Wenn die Grenzkantone und die Krankenversicherer, welche diese Pilotprojekte führen, danach weiterhin mit ausländischen Leistungserbringern grenzüberschreitend zusammenarbeiten wollen, müssen sie beim BAG gestützt auf die neuen Bestimmungen von Artikel 36a KVV ein neues Gesuch einreichen.

3.7 Artikel 36b Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Versicherte

Absatz 1

Gestützt auf die neue Gesetzesbestimmung von Artikel 41 Absatz 2^{ter} rev.KVG übernehmen die Krankenversicherer und alle Kantone gemeinsam die Vergütung bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der EU, in Island oder Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie von deren Familienangehörigen, höchstens nach dem Tarif für die betreffende Behandlung, der in einem Listenspital des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat hat den Referenzkanton festzulegen.

Bei den erwähnten Rentnerinnen und Rentnern handelt es sich um Versicherte, die keinem Kanton direkt zugeordnet werden können, da der letzte Wohnort in der Schweiz nicht in allen Fällen eruierbar ist. Sie haben also keinen aktuellen Anknüpfungspunkt mehr an die Schweiz. Deshalb hat der Bundesrat einen Referenzkanton festzulegen.

Auf Verordnungsstufe soll dafür eine Regelung getroffen werden, die für die Krankenversicherer, die diese Bestimmung anwenden müssen, praktikabel ist und nicht jährlich vom Bundesrat angepasst werden muss. Zu betonen ist, dass die Bezeichnung als Referenzkanton auf diesen Kanton keinerlei Auswirkungen, auch keine finanziellen, hat.

Aus der Botschaft vom 18. November 2015 (BBI 2016 1) geht hervor, dass der Bundesrat einen Kanton als Referenzkanton bestimmt, dessen Tarife für die Listenspitäler einem schweizerischen Durchschnittstarif entsprechen.

Berechnungen haben ergeben, dass der Kanton Bern diese Anforderung erfüllt. Basierend auf den Kennzahlen der Schweizer Spitäler⁴ der Jahre 2014 und 2015 wurden die durchschnittlichen, nach Schweregrad standardisierten Fallkosten je Kanton und Jahr für den stationären Bereich berechnet (Standardisierung nach Case Mix Index, CMI). Berücksichtigt wurden nur Spitäler der Akutsomatik und nur solche, die durchschnittliche, CMI-standardisierte Fallkosten zwischen 5'000 und 15'000 Franken

² SR 0.142.112.681

³ SR 0.632.31

⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

aufwiesen. In der ersten Berechnungsstufe wurden die CMI-standardisierte Fallkosten je Spital berechnet. Die Fallkosten des Kantons ergeben sich alsdann in der zweiten Berechnungsstufe als das nach der Anzahl Fälle des Spitals gewichtete arithmetische Mittel je Kanton.

Es soll regelmässig überprüft werden, ob der bezeichnete Referenzkanton diese Anforderungen noch erfüllt oder ob ein neuer bezeichnet werden muss; eine Anpassung bedarf jeweils einer KVV-Revision.

Absatz 2

Bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der EU, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie von deren Familienangehörigen werden alle Kantone gemäss Artikel 49a Absatz 3^{bis} rev.KVG verpflichtet, gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil, der auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt wird, zu übernehmen. Damit diese Bestimmung umgesetzt werden kann, wird auf Verordnungsstufe ein Verfahren festgelegt. In diesem Zusammenhang werden der gemeinsamen Einrichtung mit den Bestimmungen von Artikel 19a KVV neue Aufgaben übertragen.

Wie unter Artikel 19a KVV bereits ausgeführt wird, ist ein einfaches Verfahren, das Doppelspurigkeiten vermeidet, vorzusehen, um die Kosten für die Durchführung der neuen Aufgaben möglichst gering zu halten. Deshalb wird im neuen Artikel 36b Absatz 2 KVV geregelt, dass in diesen Fällen die Versicherer dem Spital beide Anteile überweisen, und dass für die Rückerstattung der Vorleistung die Versicherer ihre Forderungen an die Kantone bei der gemeinsamen Einrichtung einreichen. Mit diesen Regelungen werden die Aufgaben wie Prüfung der anspruchsberechtigten Personen und Kontrolle der Rechnungen der Spitäler den Krankenversicherern überlassen, wie bei allen anderen Versicherten auch.

In Artikel 49a Absatz 3 KVG wird geregelt, dass bei der Abgeltung der stationären Leistungen der Versicherer und der Kanton vereinbaren können, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Es handelt sich zwar bei dieser Regelung um eine Kann-Bestimmung. Aber es rechtfertigt sich, aus den oben erwähnten Gründen, im vorliegenden Sonderfall die Vorleistungspflicht der Versicherer in der Verordnung zu regeln.

Kostenübernahme bei Entsandten und Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland

Die revidierten Gesetzesbestimmungen verpflichten die Kantone, auch bei den EU-/EFTA-Versicherten bei Spitalbehandlungen in der Schweiz den kantonalen Anteil zu übernehmen. Bei den Versicherten mit einem aktuellen Anknüpfungspunkt an einen Kanton ist es derjenige Kanton, zu dem sie den Anknüpfungspunkt haben. In Artikel 49a Absatz 2 Buchstabe b rev.KVG wird abschliessend aufgeführt, um welche Versicherten es sich dabei handelt: Grenzgänger/innen sowie deren Familienangehörige, Familienangehörige von Niedergelassenen, Aufenthalter/innen und Kurzaufenthalter/innen und Bezüger/innen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige. Bei den Rentnern/innen und ihren Familienangehörigen, die keinen aktuellen Anknüpfungspunkt mehr an die Schweiz haben, sind es gestützt auf Artikel 49a Absatz 3^{bis} rev.KVG die Kantone gemeinsam, die den Kantonsbeitrag zu übernehmen haben.

Die entsandten Arbeitnehmer/innen (Art. 4 KVV) und die Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Art. 5 KVV), die im Ausland wohnen (innerhalb oder ausserhalb der EU/EFTA) und der schweizerischen Versicherung unterstehen und die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgegeben haben, werden in Artikel 49a KVG nicht erwähnt. Das bedeutet, dass die Kantone bei dieser Personengruppe nicht verpflichtet werden können, bei Spitalbehandlungen in der Schweiz den kantonalen Anteil zu übernehmen. Eine solche Verpflichtung könnte nur auf Gesetzes- und nicht auf Verordnungsstufe geregelt werden. Deshalb hat bei dieser Personengruppe der Krankenversicherer die vollen Spitalkosten zu übernehmen. Eine explizite Regelung in der Verordnung ist, da dies bereits e contrario aus den Gesetzesbestimmungen hervorgeht (Art. 49a Abs. 2 Bst. b sowie Art. 49a Abs. 3^{bis} KVG), nicht nötig. Die dadurch entstehenden Kosten können die Krankenversicherer über die Prämien wieder einnehmen.

3.8 Artikel 37 Kostenübernahme bei internationaler Leistungsaushilfe für im Ausland versicherte Personen

Diese Regelung entspricht materiell der bisherigen Bestimmung von Artikel 37 Buchstabe b KVV. In Abstimmung mit Artikel 49a Absatz 1 des Gesetzes wird lediglich das Wort Pauschalen durch Vergütungen ersetzt, denn neben den Pauschalen können noch Einzelleistungen in Rechnung gestellt werden. Zudem wird neu klargestellt, dass es sich um im Ausland versicherte Personen handelt. In der Bestimmung muss auch Liechtenstein erwähnt werden, da die internationale Leistungsaushilfe auch im Verhältnis der Schweiz zu Liechtenstein anwendbar ist. Die Bestimmung ist beispielsweise auch anwendbar bei einer notwendigen Behandlung in der Schweiz mit der europäischen Krankenversicherungskarte von in Liechtenstein versicherten Personen.

Mit den neuen Regelungen von Artikel 41 Absätze 2^{bis} und 2^{ter} und Artikel 49a Absätze 2 und 3^{bis} rev.KVG werden die Kantone verpflichtet, den kantonalen Anteil auch bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der EU, in Island oder in Norwegen wohnen und in der Schweiz versichert sind, zu übernehmen. Aus diesem Grunde ist die bisherige Bestimmung von Artikel 37 Buchstabe a KVV, die bis anhin die Krankenversicherer verpflichtet, bei diesen Versicherten die vollen Spitalkosten zu übernehmen, zu streichen. In den erwähnten Gesetzesbestimmungen wird Liechtenstein nicht erwähnt, da es dabei um Regelungen für in der Schweiz Versicherte geht, die in der EU/EFTA wohnen. Weil die Schweiz mit Liechtenstein im EFTA-Übereinkommen (Anhang K Anlage 2 Protokoll 2 zu Anhang 2) für die Krankenversicherungspflicht das Wohnsitzprinzip vereinbart hat, gibt es keine in der Schweiz versicherten Personen, die in Liechtenstein wohnen.

3.9 Artikel 91 Abstufung der Prämien

Absatz 2

In dieser Bestimmung werden die Prämien für die entsandten Arbeitnehmer/innen (Art. 4 KVV) und die Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Art. 5 KVV), die ausserhalb der EU/EFTA wohnen und in der Schweiz versichert sind und die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgegeben haben, geregelt. Bei den Versicherten, die in der Schweiz wohnen, stufen die Versicherer gestützt auf Artikel 61 Absätze 2 und 2^{bis} KVG die Prämien nach den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden ab. Gestützt auf Artikel 61 Absatz 4 KVG sind für Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, die Prämien je Wohnsitzstaat zu berechnen. Bei Personen, die ausserhalb der EU/EFTA wohnen und der schweizerischen Versicherung unterstehen und die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgegeben haben, ist es gerechtfertigt, dass die Versicherer neu nur noch eine Prämie für alle unabhängig von ihrem Wohnland nach den ausgewiesenen Kosten festlegen können. Wenn dies angesichts der geringen Anzahl der betroffenen Personen in den meisten Fällen unverhältnismässig ist, kann der Versicherer bei diesen Versicherten die schweizerischen Prämien anwenden, wobei diejenigen Prämien massgebend sind, die am letzten Wohnort der Person in der Schweiz oder am Sitz des Krankenversicherers gelten.

3.10 Artikel 99 Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers

a. Grundsatz

Absatz 1^{bis}

Sowohl im Vernehmlassungsverfahren (siehe Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse vom April 2015 unter <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2014.html#EDI> Abgeschlossene Vernehmlassungen, 2014, EDI) als auch während der parlamentarischen Beratungen wurde gefordert, dass die Krankenversicherer die Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, die sich auf Artikel 34 Absatz 2 Buchstabe a KVG abstützen, nicht als besondere Versicherungsform mit günstigeren Prämien ausgestalten dürfen. Deshalb wird neu diese Voraussetzung für die Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im neuen Absatz 1^{bis} von Artikel 99 KVV aufgeführt. Da es sich dabei um eine Ausnahme von Artikel 99 Absatz 1 KVV handelt, muss das in dieser Bestimmung und nicht in Artikel 36a KVV geregelt werden.

3.11 Artikel 105e Meldungen über Betreibungen

Absatz 1

Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, muss der Versicherer sie betreiben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt (Art. 64a Abs. 2 KVG).

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) hat in ihrem Bericht vom 28. August 2009 zur parlamentarischen Initiative 09.425 "Artikel 64a und unbezahlte Prämien" zu Artikel 64a Absatz 2 KVG ausgeführt, die kantonale Behörde müsse die Möglichkeit haben, zugunsten der versicherten Person tätig zu werden, bevor das Betreibungsverfahren mit der Ausstellung eines Verlustscheins ende. Deshalb könne sie den Versicherer ersuchen, ihr die Schuldnerinnen und Schuldner bekannt zu geben, die betrieben werden (BBI 2009 6621).

Gestützt auf diese Bestimmung verpflichtet der geltende Artikel 105e Absatz 1 die Versicherer, der zuständigen kantonalen Behörde gewisse Personendaten der Schuldnerinnen und Schuldner bekannt zu geben.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass dem Kanton in bestimmten Fällen Daten fehlen, um zu entscheiden, ob er für die betreffenden Versicherten zuständig ist und Forderungen nach Artikel 64a Absatz 4 KVG übernehmen muss. Da die Eltern gestützt auf das Zivilrecht in der Regel verpflichtet sind, für den Unterhalt ihrer Kinder aufzukommen, können die Versicherer die Eltern für die Prämien ihrer Kinder betreiben. Mutter, Vater und Kinder können bei unterschiedlichen Versicherern versichert sein. So kann ein Versicherer zum Beispiel eine Mutter für die Prämie ihres Kindes betreiben, ohne dass diese Mutter bei diesem Versicherer versichert ist. In diesem Fall möchte der Kanton nicht nur die Personendaten der Mutter, sondern auch diejenigen des Kindes.

Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG betraut sind, Daten in Abweichung von Artikel 33 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anderen mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung des KVG oder des KVAG betrauten Organen bekannt geben, wenn die Daten für die Erfüllung der ihnen nach diesem Gesetz oder dem KVAG übertragenen Aufgaben erforderlich sind (Art. 84a KVG). Gestützt auf diese Bestimmung können die Versicherer den Kantonen die Personendaten der Versicherten melden, soweit die Kantone diese für den Vollzug von Artikel 64a KVG benötigen.

Artikel 64a Absatz 2 KVG sieht vor, dass der Kanton verlangen kann, dass der Versicherer ihm die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt. Aus dem Umstand, dass diese Bestimmung nur die Schuldnerinnen und Schuldner erwähnt, kann nicht geschlossen werden, dass die Versicherer die Daten zu den Versicherten, die nicht Schuldnerin oder Schuldner sind, nicht bekannt geben dürfen. Somit kann der Kanton verlangen, dass der Versicherer ihm die Schuldnerinnen und Schuldner, die er betreibt, und allfällige weitere Versicherte, die von dieser Betreibung betroffen sind (Familienangehörige), bekannt gibt.

Jedoch kann der Versicherer die Daten der Schuldnerin oder des Schuldners nur melden, sofern sie ihm bekannt sind. Wenn er diese nicht versichert, fehlen ihm in der Regel deren AHV-Nummer, Geburtsdatum und Geschlecht. In Absatz 1 wird deshalb festgehalten, dass der Versicherer nur zur Meldung verpflichtet ist, soweit ihm diese Daten bekannt sind. In der Regel ist die Schuldnerin oder der Schuldner des Versicherers auch bei diesem versichert. In diesem Fall hat der Versicherer die Daten nach Artikel 105g zu melden. Wenn er die Schuldnerin oder den Schuldner hingegen nicht versichert,

soll er nur diejenigen Daten melden müssen, die ihm bekannt sind.

Absatz 1^{bis}

Versicherungspflichtig sind grundsätzlich nur natürliche Personen (Art. 3 KVG). Es gibt jedoch juristische Personen, die regelmässig Prämien von Versicherten bezahlen (z.B. Gemeinden durch ihre Sozialdienste). Artikel 105e wird für diese Fälle mit einem zusätzlichen Absatz 1^{bis} wie folgt ergänzt: Teilt eine versicherte Person ihrem Versicherer mit, dass eine juristische Person ihre Prämien bezahlt, wird der Versicherer verpflichtet, der zuständigen kantonalen Behörde den Namen dieser juristischen Person und deren Unternehmens-Identifikationsnummer (UID) zu melden, wenn sie ihm bekannt ist. Seit 2011 teilt das Bundesamt für Statistik (BFS) jedem Unternehmen, das in der Schweiz aktiv ist, eine einheitliche UID zu (siehe dazu <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/register/unternehmensregister/unternehmens-identifikationsnummer.html>). UID-Einheiten sind nicht nur im Handelsregister eingetragene Rechtsträger, sondern auch Verwaltungseinheiten, die aufgrund ihrer Aufgaben identifiziert werden müssen. Mit der UID wurde ein einheitlicher Identifikator geschaffen. Damit wird der automatische Datenaustausch erleichtert.

3.12 Artikel 105f Meldungen über Verlustscheine

Absatz 1

Der geltende Absatz 1 verpflichtet den Versicherer, die zuständige kantonale Behörde am Ende jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine zu informieren. Zur Präzisierung des zeitlichen Ablaufs wird der Versicherer verpflichtet, diese Information *innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals* vorzunehmen.

3.13 Artikel 105j Revisionsstelle

Absatz 2

Buchstabe a

Heute ist die Revisionsstelle verpflichtet, die Richtigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich der Bezahlung der ausstehenden Forderungen durch die versicherte Person nach Ausstellung eines Verlustscheins zu überprüfen.

GDK und santésuisse beantragen, in dieser Bestimmung den Satzteil "*durch die versicherte Person*" wegzulassen. Zur Begründung führen sie an, für die Verwertung des Verlustscheines spiele es keine Rolle, durch wen die Forderung bezahlt werde. Es sei auch möglich, dass der Schuldner oder Dritte bezahlen. Sobald die versicherte Person ihre Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen hat, erstattet dieser 50 % des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück (Art. 64a Abs. 5 KVG). Somit geht auch das Gesetz davon aus, dass die Schuld von der versicherten Person beglichen wird. Für den Versicherer ist jedoch unerheblich, von wem die Schuld beglichen wird. Deshalb soll "*durch die versicherte Person*" weggelassen werden.

GDK und santésuisse beantragen zudem, die Revisionsstelle zu verpflichten, diese Angaben der Versicherer nicht nur auf Richtigkeit, sondern auch auf Vollständigkeit zu überprüfen.

Buchstabe b

Gestützt auf Artikel 64a Absatz 5 KVG hat der Versicherer 50 % des für ausstehende Forderungen bezahlten Betrag dem Kanton zurückzuerstatten. GDK und santésuisse beantragen, die Revisionsstelle auch zu verpflichten, die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bezüglich dieser Rückerstattungen zu überprüfen. Zur Begründung führen sie an, Artikel 105f Absatz 2 schliesse bei der Schlussabrechnung sowohl die Gesuche um Übernahme der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 KVG wie auch Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 5 KVG ein, deshalb müsse auch beides von der Revisionsstelle geprüft werden.

Artikel 64a Absatz 3 KVG sieht lediglich vor, dass der Versicherer die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle ersucht, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen. Es stellt sich somit die Frage, ob der Bundesrat die Versicherer verpflichten kann, ihrer Revisionsstelle zu ihren Lasten weitere Prüfungsaufträge zu erteilen. Diese Frage kann bejaht werden, denn es kann davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber mit Absatz 3 den Grundsatz der Bestätigung durch die Revisionsstelle der Daten, die der Versicherer dem Kanton bekannt gibt, festlegen und eine solche Bestätigung für Daten, die in anderen Absätzen angeführt werden, nicht ausschliessen wollte.

Somit soll die Revisionsstelle verpflichtet werden, auch diese Rückerstattungen auf Richtigkeit und Vollständigkeit zu überprüfen.

Absatz 3

Heute übernimmt der Kanton die Kosten der Revisionsstelle, wenn er eine andere Revisionsstelle als diejenige nach Artikel 86 bezeichnet (Art. 105j Abs. 3). Mit dem Inkrafttreten der KVAV wurde Artikel 86 KVV aufgehoben. Dieser sah in Absatz 1 vor, dass jeder Versicherer eine externe Revisionsstelle bezeichnet. Heute sieht Artikel 25 Absatz 1 KVAG vor, dass der Versicherer eine zugelassene externe Revisionsstelle bezeichnet. Deshalb soll neu auf diese Bestimmung verwiesen werden.

3.14 Artikel 105k Zahlungen der Kantone an die Versicherer

Absatz 3

Im geltenden Recht lautet Artikel 105k Absatz 3: "Wurde eine rückwirkende Prämienverbilligung ausgerichtet, die durch einen Verlustschein gedeckt ist, der dem Kanton in Rechnung gestellt wurde, und wurde die Prämienverbilligung dem Versicherer vor der Schlussabrechnung mitgeteilt, so zieht der Versicherer die Prämienverbilligung von seiner nächsten Schlussabrechnung ab." Diese Bestimmung kann unterschiedlich ausgelegt werden.

GDK und santésuisse beantragen, sie wie folgt zu ändern: "Wurde eine rückwirkende Prämienverbilligung ausgerichtet, die durch einen Verlustschein gedeckt ist, der dem Kanton *mit der Schlussabrechnung* in Rechnung gestellt wurde, und wurde die Prämienverbilligung dem Versicherer vor der Schlussabrechnung mitgeteilt, so zieht der Versicherer die Prämienverbilligung *zu 85%* von seiner nächsten Schlussabrechnung ab. *Die Verlustscheinforderung wird um den vollen Betrag der Prämienverbilligung reduziert. Decken sich die Zeitperioden der rückwirkenden Prämienverbilligung und der durch den Verlustschein gedeckten Ausfällen nur teilweise, so wird für die Prämienverbilligung wie für den Verlustschein nur der Anteil pro rata temporis berücksichtigt, der auf die überschneidende Zeitperiode entfällt.*" Zur Begründung führen sie an, es gehe um den Umgang mit rückwirkenden Prämienverbilligungen, die nach der Übernahme der Forderung aus dem Verlustschein durch den Kanton ausgerichtet werden. Die Reduktion der Schuld (zu 100% der Prämienverbilligung) sei nicht dasselbe wie die Rückerstattung (zu 85%) an den Kanton. Das "gedeckt" aus dem ersten Satz sei nur erfüllt, wenn und soweit sich die Zeitperioden des Verlustscheins und der rückwirkenden Prämienverbilligung decken.

Gestützt auf diesen Antrag von GDK und santésuisse soll Absatz 3 neu geregelt werden. Dabei stellt sich die Frage, ob Artikel 64a Absatz 5 KVG auf nachträglich ausgerichtete Prämienverbilligungen anzuwenden ist. Diese Bestimmung will den Versicherer für seinen Aufwand entgelten, um Forderungen, die Gegenstand von Verlustscheinen bilden, einzubringen. Eine nachträglich ausgerichtete Prämienverbilligung verursacht dem Versicherer jedoch kaum zusätzlichen Aufwand. Deshalb ist davon auszugehen, dass diese Bestimmung auf sie nicht anzuwenden ist.

Somit besteht eine Gesetzeslücke, die der Bundesrat füllen kann, indem er die im Artikel 64a Absatz 4 KVG vorgesehene Aufteilung zwischen Kanton und Versicherer (85 zu 15 Prozent) heranzieht. Richtet ein Kanton eine Prämienverbilligung für einen Zeitraum aus, für den der Versicherer ihm bereits eine Forderung gemäss Artikel 64a Absatz 3 KVG bekannt gegeben hat, so zieht der Versicherer 85 Prozent dieser Prämienverbilligung von seiner nächsten Schlussabrechnung ab. Das heisst, dass der Versicherer die restlichen 15 Prozent behalten kann.

Da die versicherte Person aber Anspruch auf die ganze Prämienverbilligung hat, ist diese auf die Forderung ihr gegenüber voll anzurechnen. Deshalb ist die Forderung auf dem Verlustschein oder dem gleichwertigen Rechtstitel um den Betrag der ganzen Prämienverbilligung zu vermindern.

Decken sich die Zeiträume der vom Kanton nachträglich ausgerichteten Prämienverbilligung und der von ihm übernommenen Forderung nur teilweise, so wird für die Prämienverbilligung wie für die Forderung nur der Anteil im Verhältnis zur Zeit berücksichtigt, der auf die überschneidende Zeitperiode entfällt.

Beispiel: Die versicherte Person kann ihre Monatsprämien von je 400 Franken in den Monaten Januar bis März nicht bezahlen. Der Versicherer betreibt sie und erhält einen Verlustschein über 1'300 Franken (1'200 Franken Prämien zuzüglich 100 Franken Verzugszinsen und Betreuungskosten). Er gibt diesen dem Kanton bekannt, worauf der Kanton dem Versicherer 85 Prozent davon, das heisst 1'105 Franken vergütet. Die verbleibenden 195 Franken trägt der Versicherer. Ab April zahlt die versicherte Person ihre Prämien wieder. Nachträglich gewährt der Kanton der versicherten Person eine Prämienverbilligung von je 300 Franken für die Monate März und April und bezahlt sie dem Versicherer. Dieser erstattet dem Kanton für den Monat März 85 Prozent dieser Prämienverbilligung (255 Franken) zurück. 15 Prozent dieser Prämienverbilligung (45 Franken) bleiben beim Versicherer, da der Kanton ihm zuvor nur 85 Prozent der Forderung vergütet hatte. Der Verlustschein besteht weiterhin, wobei die Forderung um 300 Franken vermindert wird, sie beträgt somit noch 1'000 Franken. Da dem Kanton für die April-Prämie kein Verlustschein unterbreitet wurde, fällt die Prämienverbilligung für diesen Monat nicht unter den geänderten Artikel 105k Absatz 3.

Der zweite Teil des ersten Satzes wird – analog zu Artikel 64a Absatz 5 KVG – wie folgt geändert: so *erstattet* der Versicherer 85 Prozent dieser Prämienverbilligung *an den Kanton zurück*.

3.15 Artikel 136 Restbetrag aus der Prämienkorrektur

Zwischen dem 1. Januar 1996 und dem 31. Dezember 2013 wurden in manchen Kantonen zu viele und in anderen zu wenige Prämien an die OKP entrichtet. Am 21. März 2014 hat das Parlament beschlossen, diese Ungleichgewichte mittels Verabschiedung einer Revision des KVG (Art. 106 bis 106c KVG; AS 2014 2463) zu korrigieren. Die Revision sieht eine Prämienkorrektur über drei Jahre (2015–2017) vor. Dabei geht es um einen Betrag von 800 Millionen Franken, der den Versicherten mit Wohnsitz in einem der Kantone, in denen zu viele Prämien bezahlt wurden, rückerstattet wird.

Die Prämienkorrektur wird zu gleichen Teilen aus drei verschiedenen Quellen finanziert:

- Versicherte, die ihren Wohnsitz in einem Kanton haben, in dem zwischen dem 1. Januar 1996 und dem 31. Dezember 2013 zu wenige Prämien entrichtet wurden, müssen einen Prämienzuschlag bezahlen. Die Summe der Prämienzuschläge beträgt maximal 266 Millionen Franken (Art. 106 Abs. 6 KVG in der Fassung der Änderung vom 21. März 2014).
- Der Bund leistet einen einmaligen Sonderbeitrag von 266 Millionen Franken in drei gleichen Jahresraten (Art. 106a Abs. 5 und 6 KVG in der Fassung der Änderung vom 21. März 2014).
- Die Versicherer tragen zur Prämienkorrektur bei, indem sie auf den Prämien einen Einmalzuschlag von 33 Franken pro versicherte Person erheben. Sie können ihren Beitrag auch aus den Reserven finanzieren, falls diese übermässig sind (Art. 106a Abs. 2 und 3 KVG in der Fassung der Änderung vom 21. März 2014).

Der im folgenden Jahr zu erhebende Prämienzuschlag und der Einmalzuschlag auf den Prämien wurden aufgrund eines geschätzten Versichertenbestandes berechnet. Ausserdem entspricht der von den Versicherern gemeldete Bestand der Kantone, in denen zu viele Prämien bezahlt wurden, nicht genau der Anzahl Versicherten, die tatsächlich von der Prämienkorrektur profitieren. Diese Differenzen wirken sich auf das Jahresergebnis der Prämienkorrektur aus. Da die Korrektur per Definition auf Schätzungen beruht, ist der Gesetzgeber implizit davon ausgegangen, dass es einen Restbetrag gibt.

Der Restbetrag aus der Prämienkorrektur 2015 wurde für die Prämienkorrektur 2017 eingesetzt.

Für die Jahre 2016 und 2017 wird je nach Finanzierungsquelle unterschiedlich vorgegangen:

- Der Restbetrag aus dem Beitrag der Versicherten und der Versicherer wird in den Insolvenzfonds eingezahlt (Art. 136 Abs. 1 KVV).
- Der Restbetrag aus dem Bundesbeitrag wird zur Deckung der Kosten eingesetzt, die der gemeinsamen Einrichtung aus ihrer Tätigkeit zur Umsetzung der Prämienkorrektur entstehen. Die gemeinsame Einrichtung verwaltet den Fonds für die Prämienkorrektur. Nach Erfüllung dieser Aufgabe muss sie einen umfassenden Bericht erstellen und dem BAG vorlegen (Art. 106b Abs. 3 KVG in der Fassung der Änderung vom 21. März 2014). Sie muss für diese Arbeiten entschädigt werden. Der Betrag, der nach Begleichung dieser Kosten übrig bleibt, wird in den Insolvenzfonds eingezahlt (Art. 136 Abs. 2 KVV).

Der Restbetrag aus der Prämienkorrektur, der in den Insolvenzfonds eingezahlt wird, dient den Interessen der Versicherten, denn der Fonds hat den Zweck, die Kosten der gesetzlichen Leistungen anstelle von insolventen Versicherern zu übernehmen (Art. 47 KVAG). Die Verwendung des Restbetrages aus der Prämienkorrektur entspricht somit Artikel 5 Buchstabe f KVAG, da die Mittel der sozialen Krankenversicherung nicht zweckentfremdet werden.

Die Prämienkorrektur wird bis zum 31. Dezember 2017 vorgenommen. Der Restbetrag kann somit nicht vor 2018 gemäss Artikel 136 KVV eingesetzt werden. Die Einzahlung in den Insolvenzfonds erfolgt bis zum 31. Dezember 2018. Artikel 136 KVV bleibt bis zu diesem Zeitpunkt in Kraft.

4 Inkrafttreten

Die Artikel 36a und 99 Absatz 1^{bis} KVV zur Kostenübernahme bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit, die sich auf die KVG-Revision vom 30. September 2016 abstützen, sollen bereits auf den 1. Januar 2018 in Kraft treten, damit neue Programme eingereicht werden können. Weitere Änderungen, die nicht im Zusammenhang mit der KVG-Revision stehen und keiner Umsetzungsphase bedürfen, sollen auch bereits auf den 1. Januar 2018 in Kraft gesetzt werden. Es sind dies die Artikel 6 Absätze 3 und 4, 23 Absätze 1 und 3, 29, 91 Absatz 2, 105e Absätze 1 und 1^{bis}, 105f Absatz 1, 105j Absätze 2 und 3, 105k Absatz 3 sowie Artikel 136. Ab diesem Zeitpunkt müssen die Versicherer die Versichertenbestände des Jahres 2017 nach neuem Recht berechnen (Art. 29) und die Revisionsstellen die Angaben des Versicherers für das Jahr 2017 nach neuem Recht überprüfen (Art. 105j).

Da die übrigen Anpassungen der KVV, welche im Zusammenhang mit der KVG-Revision vom 30. September 2016 stehen, für die Kantone, die Krankenversicherer und die gemeinsame Einrichtung eine Vorbereitungszeit benötigen und Auswirkungen auf die Prämienberechnung haben, können sie erst auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden. Es sind dies die Artikel 19a, 22 Absatz 3 Einleitungssatz, Buchstabe d und Absatz 3^{bis}, sowie 36b und 37.