



**CH-3003 Bern**

BAG

---

An die KVG-Versicherer,  
ihre Rückversicherer und die  
Gemeinsame Einrichtung KVG

Referenz/Aktenzeichen: 721.1-1/31  
Unser Zeichen: chr, MUP  
**Bern, den 17. Dezember 2021**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wie jedes Jahr ist es auch in diesem Jahr in ganz unterschiedlichen Bereichen zu Gesetzes- und Verordnungsänderungen gekommen, die Auswirkungen auf Ihre Tätigkeit haben. Gerne möchten wir Sie mit diesem Schreiben darüber informieren, ebenso über zwei Neuerungen im internationalen Bereich. Zudem möchten wir die Krankenversicherer bei einigen Themen darauf hinweisen, wie sie künftig vorzugehen haben.

## **1 Verordnungsänderungen**

### **1.1 Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts (Art. 104 Verordnung über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102])**

Am 26. Mai 2021 hat der Bundesrat eine Änderung der KVV verabschiedet, die insbesondere den Beitrag der versicherten Person an die Kosten des Spitalaufenthalts betrifft (AS 2021 323, <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2021/323.pdf>). Gemäss der neuen Bestimmung werden der Austrittstag und die Urlaubstage bei der Berechnung der Tage, für die der Spitalkostenbeitrag erhoben werden muss, nicht mitgezählt. Die Urlaubstage werden nach den Regeln der Tarifstruktur DRG ermittelt. Mit diesem Zusatz kann eine einheitliche Anwendung bei allen Spitalbehandlungen gewährleistet werden. Die Bestimmung tritt per 1. Januar 2022 in Kraft.

## **1.2 Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.121.1)**

Seit dem 1. Juni 2021 besagt Artikel 50 Absatz 1 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV, SR 832.121), dass das BAG die anwendbare Fassung der Fachempfehlungen zur Rechnungslegung «Swiss GAAP FER» festlegt. Künftig wird bei einer Anpassung der Swiss GAAP FER nur die Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung geändert.

Artikel 1 der oben genannten Verordnung wird somit geändert, um die neue Fassung der Swiss GAAP FER vom 1. Januar 2020 zu berücksichtigen. Zudem wurde auch der Kontenrahmen, der den Anhang dieser Verordnung bildet, formal angepasst. Er wird auf der Internetseite des BAG veröffentlicht. Diese Änderungen treten per 1. Januar 2022 in Kraft (AS 2021 667, <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2021/667.pdf>).

## **1.3 Änderung der Verordnung über die Prämienregionen**

Die Revision der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über die Prämienregionen vom 25. November 2015 (SR 832.106) wurde am 25. August 2021 bzw. am 30. November 2021 verabschiedet und wird per 1. Januar 2022 in Kraft treten (AS 2021 523 bzw. AS 2021 801 <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2021/523.pdf> et <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2021/801.pdf>).

Sie erfasst die Aktualisierung der Gemeinden im Anhang gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des Bundesamtes für Statistik. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Ende Juni 2021 durch die kantonalen Behörden genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2021 in Kraft getreten sind oder per 1. Januar 2022 in Kraft treten werden.

## **1.4 Verordnung des EDI über die Preisniveauidizes und die Durchschnittsprämien 2022 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island, in Norwegen und im Vereinigten Königreich**

Wie in den Vorjahren hat das EDI diese Verordnung (SR 832.112.51) für das Jahr 2022 mit Inkrafttreten auf den 1. Januar 2022 erlassen (AS 2021 831, <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2021/831.pdf>). Der Titel der Verordnung sowie die Einleitungssätze zu den Artikeln 1 und 2 wurden aufgrund des neuen Sozialversicherungsabkommens mit dem Vereinigten Königreich angepasst. Der Verordnungstext wurde den Kantonsregierungen per Mail zugeschickt.

## **1.5 Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI; SR 832.112.11)**

Aufgrund von Analysen mit Daten des dritten Probelaufs hat das EDI am 22. Januar 2021 Artikel 4 der Verordnung geändert. Wie für die Einteilung in die PCG «Krebs (KRE)» benötigt eine versicherte Person auch für die Einteilung in die PCG «Krebs komplex (KRK)» neu drei Packungen Arzneimittel. Diese Anpassung wurde bereits bei der Berechnung des Risikoausgleichs 2020 berücksichtigt. Die Einteilung der Versicherten in eine PCG, die mindestens 180 standardisierte Tagesdosen bezogen haben, bleibt die Regel und kommt bei allen anderen PCG zur Anwendung.

Im Hinblick auf die Berechnung des Risikoausgleichs für das Ausgleichsjahr 2020 im Mai 2021 hat das EDI auch die PCG-Liste im Anhang der Verordnung mit Arzneimitteln aktualisiert, die neu in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind. Damit wurde dem medizinischen Fortschritt Rechnung getragen.

Das EDI wird die Arzneimittel auf der PCG-Liste in jährlichen Revisionen dieser Verordnung an die SL anpassen. Die nächste Revision ist im Gange und wird vor der Berechnung des Risikoausgleichs für das Ausgleichsjahr 2021 verabschiedet und in Kraft gesetzt.

## 2 Neues Sozialversicherungsabkommen mit Bosnien und Herzegowina

Das Sozialversicherungsabkommen mit Bosnien und Herzegowina (SR 0.831.109.191.1) ist am 1. September 2021 in Kraft getreten. Dieses Abkommen betrifft die Bereiche AHV und IV sowie UV und hat nur eine indirekte Wirkung auf die Krankenversicherung. Ab Inkrafttreten dieses Abkommens wurde das Sozialversicherungsabkommen mit dem ehemaligen Jugoslawien (SR 0.831.109.818.1) aufgehoben. Gemäss Artikel 4 Absatz 4 KVV bleiben die aus der Schweiz nach Bosnien und Herzegowina entsandten Arbeitnehmenden und ihre nichterwerbstätigen begleitenden Familienangehörigen in der Schweiz unterstellt, und zwar während der ganzen Dauer der Entsendung (2 Jahre mit Verlängerungsmöglichkeit). Sind diese Personen in Bosnien und Herzegowina obligatorisch krankenversichert, können sie auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden (Art. 2 Abs. 2 KVV). Aus Bosnien und Herzegowina in die Schweiz entsandte Arbeitnehmende und ihre nichterwerbstätigen begleitenden Familienangehörigen sind in der Schweiz krankenversicherungspflichtig. Sie können sich gestützt auf Artikel 2 Absatz 5 KVV von dieser Pflicht befreien lassen.

Die Internetseite [weitere Sozialversicherungsabkommen](#) sowie die Tabelle „Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz“ wurden bereits auf den 1. Dezember 2021 entsprechend angepasst.

## 3 Drittstaatsangehörige Studierende aus der EU/EFTA mit der europäischen Krankenversicherungskarte

Nichterwerbstätige Studierende, die aus einem EU-/EFTA-Staat zu Ausbildungszwecken in die Schweiz kommen, begründen in der Regel keinen Wohnsitz in der Schweiz. Wenn sie in ihrem Heimatland über die gesetzliche Krankenpflegeversicherung versichert sind, sind sie nicht in der Schweiz krankenversicherungspflichtig. Mit einer gültigen europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) sind sie für Behandlungen in der Schweiz genügend gedeckt.

Das ist im Freizügigkeitsabkommen bzw. im EFTA-Übereinkommen so vorgesehen. Diese Abkommen sind nur auf Schweizer und EU bzw. EFTA Staatsangehörige anwendbar. Bislang wurde jedoch die Staatsangehörigkeit der Personen, die sich mit einer EKVK in der Schweiz behandeln liessen, nicht überprüft. Da aber vermehrt Schweizer Forderungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE KVG) nicht erstattet wurden, weil es sich um Drittstaatsangehörige (ausserhalb EU/EFTA) handelte, musste diese Praxis verschärft werden.

Am 26. März 2021 haben wir die Verbände der Leistungserbringer darüber informiert, dass die GE KVG die Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz von Drittstaatsangehörigen ohne Anspruch auf Leistungsaushilfe ab dem 1. Juni 2021 nicht mehr übernimmt. Aufgrund der Verordnung (EU) Nr. 1231/2010 wendet die Mehrheit der EU-/EFTA-Staaten die sozialversicherungsrechtlichen Koordinierungsbestimmungen auch auf die Drittstaatsangehörigen an, die sich rechtmässig in der EU/EFTA aufhalten. Die betroffenen Personen verfügen deshalb über eine EKVK, die sie in den meisten EU-/EFTA-Staaten zur Leistungsaushilfe berechtigt. Die Schweiz hat diese EU-Verordnung nicht übernommen. Demzufolge können in der Schweiz Drittstaatsangehörige nur dann über die EKVK Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie Familienangehörige eines EU/EFTA oder eines Schweizer Staatsangehörigen sind. Anspruchsberechtigt sind auch Staatenlose und Flüchtlinge sowie deren Familienangehörige, wenn sie in einem EU-/EFTA-Land wohnen. Nicht davon betroffen sind Personen, die sich mit einer EKVK aus Deutschland ausweisen. Denn die Kosten von Drittstaatsangehörigen aus Deutschland werden im Rahmen des schweizerisch-deutschen Abkommens über Soziale Sicherheit übernommen.

Dass Drittstaatsangehörige nicht mehr über die Leistungsaushilfe abrechnen können, hat zur Folge, dass Behandlungen in der Schweiz von Drittstaatsangehörigen mit der EKVK nicht mehr gedeckt sind.

Aus diesem Grunde sind Drittstaatsangehörige aus der EU/EFTA (ausser Deutschland), die sich zu Studienzwecken in der Schweiz aufhalten, in der Schweiz krankenversicherungspflichtig, auch wenn sie über eine gültige EKVK verfügen. Sie müssen also in der Schweiz die obligatorische Krankenpflegeversicherung abschliessen, oder sie können sich gestützt auf Artikel 2 Absatz 4 KVV von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie über einen gleichwertigen privaten Versicherungsschutz verfügen. Das gilt nicht für Familienangehörige eines EU-/EFTA- oder eines Schweizer Staatsangehörigen und auch nicht für Staatenlose und Flüchtlinge sowie deren Familienangehörige, wenn sie in einem EU-/EFTA-Land wohnen. Diese Personen haben mit einer EKVK weiterhin Anspruch auf Leistungsaushilfe.

#### **4 Bewilligungspflicht für Reglemente der Kollektivtaggeldversicherung**

Die Aufsichtsbehörde hat festgestellt, dass ihr manche Reglemente der Kollektivtaggeldversicherung bislang nicht zur Bewilligung eingereicht worden sind.

Nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe n des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) muss der Geschäftsplan «die Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 62 KVG [Bundesgesetz über die Krankenversicherung; SR 832.10]) und über die freiwillige Taggeldversicherung (Art. 67-77 KVG) sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen» enthalten. Besondere gesetzliche Regeln zur Kollektivtaggeldversicherung bestehen in Artikel 67 Absatz 3, Artikel 71 und Artikel 77 KVG. Die Kollektivtaggeldversicherung fällt somit in den Anwendungsbereich des Verweises auf die Artikel 67–77 KVG. Ausserdem bildet sie aufgrund ihrer systematischen Stellung eine Spielart der freiwilligen Taggeldversicherung (neben der Einzeltaggeldversicherung; s. insbesondere Überschrift des 3. Titels des KVG).

Namentlich aus vorstehenden Gründen haben diejenigen Versicherer, welche die Kollektivtaggeldversicherung durchführen, dem BAG noch nicht vorgelegte diesbezügliche Reglemente zur Bewilligung nachzureichen (mittels Gesuchs um Geschäftsplanänderung).

Diejenigen Versicherer, welche die Kollektivtaggeldversicherung ohne betreffendes Reglement durchführen, werden gebeten, die Aufsichtsbehörde über diesen Umstand zu informieren.

Schliesslich ersuchen wir diejenigen Versicherer, welche die Kollektivtaggeldversicherung nicht durchführen, um eine entsprechende Mitteilung.

#### **~~5 Interessenbindungen nach Artikel 38 KVAV~~**

~~Im Informationsschreiben der Aufsichtsbehörde vom 27. Juli 2021 wurden die Umsetzungsmodalitäten zu Artikel 38 KVAV geregelt. Wir machen nochmals darauf aufmerksam, dass die Offenlegung der Interessenbindungen nach den Buchstaben von Artikel 38 KVAV zu gliedern ist:~~

- ~~a. Tätigkeiten in Führungs- und Aufsichtsgremien sowie Beiräten und ähnlichen Gremien von schweizerischen oder ausländischen Gesellschaften, Anstalten oder Stiftungen des privaten oder des öffentlichen Rechts;~~
- ~~b. Tätigkeiten für die öffentliche Hand;~~
- ~~c. dauernde Leitungs- oder Beratungstätigkeiten für schweizerische oder ausländische Interessengruppen.~~

~~Im Zusammenhang mit personellen Wechseln im Verwaltungs- oder im Leitungsorgan bilden allfällige Interessenbindungen einen integrierten Bestandteil der Geschäftsplanänderung nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c KVAG.~~

~~Betreffend Interessenbindungen bestehender Mitglieder des Verwaltungs- oder des Leitungsorgans~~

~~präzisieren wir die künftige Handhabung dahingehend, dass Änderungen einmal jährlich bis Ende Januar in Form einer konsolidierten Liste sämtlicher Mitglieder des Verwaltungs- oder des Leitungsorgans per Stichtag 31.12. einzureichen sind. Die Änderungen gegenüber dem Vorjahr sind nachvollziehbar (bspw. gelb markiert oder in anderer Schriftfarbe) auszuweisen. Eine unmittelbare Kommunikation einer unterjährigen Änderung ist nicht notwendig.~~

## 6 Hinweis zur Prüfung von Rückversicherungsverträgen

Die Aufsichtsbehörde hat festgestellt, dass der Umgang mit Rückversicherungsverträgen bei manchen Krankenversicherern Fragen aufwirft. Diese möchten wir mit folgenden Hinweisen beantworten.

Die Grundlage für die Prüfung der Rückversicherungsverträge bildet zum einen Artikel 33 Absatz 1 KVAG, wonach die Prämien für die Rückversicherung der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde bedürfen. Zum anderen ergibt sich aus Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe i KVAG die Geschäftsplanrelevanz des Rückversicherungsplans und der Rückversicherungsverträge. Die Einreichung der Rückversicherungsverträge bei der Aufsichtsbehörde verfolgt also einen doppelten Zweck.

Ist die Geltungsdauer eines befristeten Rückversicherungsvertrags abgelaufen, so ist der neu abgeschlossene Rückversicherungsvertrag der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung einzureichen.

Kein Gesuch ist dagegen erforderlich, falls der bisherige Rückversicherungsvertrag ungekündigt bleibt und zu denselben vertraglichen Konditionen weiterläuft (insbesondere unbefristete Rückversicherungsverträge oder solche mit einer Klausel zur stillschweigenden Verlängerung oder befristete Rückversicherungsverträge vor Beendigung der Laufzeit). Vorbehalten bleiben wesentliche Veränderungen ausservertraglicher Rahmenbedingungen, welche zur Folge haben können, dass die Rückversicherungsprämien nicht mehr risikogerecht sind (z.B. Rückgang der Solvenzquote des Krankenversicherers, Pandemie, erhebliche Änderung des Leitzinses).

Der Rückversicherer gibt anlässlich seines jährlichen Reportings im Sinne von Artikel 33 Absatz 2 KVAG der Aufsichtsbehörde per Ende Juni bekannt, ob die Rückversicherungsverträge für das nächste Jahr weiterhin gültig sind.

Der Erstversicherer hat den Rückversicherungsvertrag bzw. dessen Änderungen spätestens einen Monat vor dessen Gültigkeit dem BAG zur Genehmigung vorzulegen (Art. 59 Abs. 3 KVAV). Wir begrüßen die frühzeitige Zustellung eines Entwurfs des Rückversicherungsvertrags.

Das Gesuch um Genehmigung des Rückversicherungsvertrags muss insbesondere enthalten:

- Rückversicherungsvertrag mit Klausel, wonach er unter Vorbehalt der Genehmigung durch das BAG gültig ist (Einreichung als Scan via ISAK und in Papierform)
- Erhebungsformular Passive Rückversicherung (EF-PR; Einreichung via ISAK und Deckblatt in Papierform) mit Angaben zu:
  - Datum des Vertrags
  - aktivem Rückversicherer (Firma)
  - Vertragsart
  - Versicherungszweig
  - Eigenrisiko (Selbstbehalt pro Schadenereignis) oder Quote
  - Einzelfalllimite
  - Gesamtleistungslimite
  - Prämienatz
  - Vertragsbeginn & -ende
  - Kündigungsfrist
  - Planerfolgsrechnungen

- (vollständigen) Geschäftsplan oder (separates) Formular I (je nach gewählter Form des Geschäftsplans; Einreichung als pdf oder in Papierform)

Wir bitten Sie der guten Ordnung halber, auf eine Übereinstimmung zwischen den vorgenannten Unterlagen und Angaben zu achten.

## **7 Einhaltung der Regelung zu den Orphan Disease-Positionen in der Analysenliste (AL)**

Der Aufsichtsbehörde wurde zur Kenntnis gebracht, dass sich manche Krankenversicherer nicht an die Regelung zu den Positionen für seltene genetische Krankheiten in Kapitel B2 der AL halten, wonach gilt: «Im Falle einer negativen Beurteilung des Antrags auf Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt bzw. die Vertrauensärztin zieht dieser bzw. diese einen Experten bzw. eine Expertin der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Genetik (SGMG) hinzu ([www.sgm.ch](http://www.sgm.ch)). Letztere/r gibt, gestützt auf die „Richtlinien der SGMG und der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) betreffend Beurteilung von Anträgen zur Vergütung einer Orphan Disease-Position in der Analysenliste“ vom 20. April 2015 ([www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)) eine Empfehlung ab».

In diesem Zusammenhang werden die Krankenversicherer daran erinnert, dass die Regelung zu den Positionen für seltene genetische Krankheiten in Kapitel B2 der AL wie formuliert angewendet werden muss. Folglich muss im Falle einer negativen vertrauensärztlichen Beurteilung des Antrags auf Kostengutsprache für eine Orphan Disease-Analyse in der AL nach den geltenden Regeln ein Experte oder eine Expertin der SGMG konsultiert werden. Der Konsultationsbericht des SGMG-Experten oder der SGMG-Expertin muss der versicherten Person im Streitfall zur Verfügung gestellt werden können.

## **8 Zulassung von Leistungserbringern**

Am 19. Juni 2020 haben die Eidgenössischen Räte die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) zur Zulassung von Leistungserbringern verabschiedet (BBl 2020 5513). Mit der Vorlage werden die Anforderungen an die Zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätigen Leistungserbringer erhöht und dadurch die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der von ihnen erbrachten Leistungen gesteigert. Zudem wird den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots im ambulanten ärztlichen Bereich zur Verfügung gestellt.

An seiner Sitzung vom 23. Juni 2021 hat der Bundesrat das gestaffelte Inkrafttreten der verschiedenen Gesetzesbestimmungen und das dazugehörige Ausführungsrecht festgelegt. Bereits per 1. Juli 2021 sind die neuen Bestimmungen betreffend die Zulassungsbeschränkung in Kraft getreten (Art. 55a und Abs. 1 der Übergangsbestimmungen der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020, Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich [SR 832.107]). Per 1. Januar 2022 folgt das Inkrafttreten der neuen Bestimmungen für das formelle Zulassungsverfahren beziehungsweise der Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringer im ambulanten Bereich (Art. 35 Sachüberschrift, Abs. 1 und 2, Art. 36–38, Art. 53 Abs. 1, Art. 57 Abs. 1 2. Satz und Abs. 2 der Übergangsbestimmungen der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020, Änderung der KVV [AS 2021 439] und der KLV [AS 2021 440]).

Das Parlament hat mit dieser KVG-Änderung ein neues Modell für die Neuzulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich gewählt. Neu wird ein formelles Zulassungsverfahren für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich eingeführt, welches unter der Aufsicht der Kantone steht. Ebenso werden die Zulassungsvoraussetzungen für die Ärztinnen und Ärzte auf Gesetzesstufe angepasst. Die Zulassungsvoraussetzungen der restlichen Leistungserbringer im ambulanten Bereich betreffend die Ausbildung, Weiterbildung und für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderun-

gen sind durch den Bundesrat in der KVV festgelegt worden. Diese basieren in Sachen Aus- und Weiterbildung in Fortführung der bisherigen Regelungen auf Gesetzes- und Verordnungsstufe. Die Änderung der KVV bedingt ebenfalls einzelne formale Anpassungen in der KLV.

Die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen waren, gelten auch als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben. Aufgrund der neuen Aufsichtspflicht der Kantone über diese Leistungserbringer ist es notwendig, dass diese die entsprechenden Daten von den Versicherern erhalten. Insbesondere benötigen die Kantone genaue Angaben darüber, welche Leistungserbringer auf ihrem Gebiet bereits zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind.

Zudem hat der Gesetzgeber eine neue und unbefristete Lösung für die Zulassungsbeschränkung der Ärztinnen und Ärzte in Artikel 55a KVG geschaffen. So müssen die Kantone in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen, beschränken. Der Bundesrat hat hierzu die Kriterien und die methodischen Grundsätze in der Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich bestimmt.

## **9 Planung**

Die Kompetenz für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime liegt grundsätzlich bei den Kantonen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Mit der am 21. Dezember 2007 beschlossenen Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung (AS 2008 2049) wurde der Bundesrat beauftragt, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen (Art. 39 Abs. 2ter KVG). Der Bundesrat hat am 22. Oktober 2008 die Planungskriterien erlassen (Art. 58a–58e KVV) und per 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt.

Aufgrund der im Planungsbereich entwickelten Instrumente und der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts hat der Bundesrat die Kriterien für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime durch die Kantone überprüft und aktualisiert. An seiner Sitzung vom 23. Juni 2021 hat der Bundesrat das Inkrafttreten der Änderung der KVV in Sachen Planungskriterien per 1. Januar 2022 beschlossen (Art. 58a–58f KVV [AS 2021 439]). Mit den überarbeiteten Planungskriterien sollen die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone verringert und der effiziente Mitteleinsatz gefördert werden. Alle Kantone sollen ihre Planungen gestützt auf die aktuellen Instrumente und Grundsätze erstellen und damit gesamtschweizerisch die Voraussetzungen für eine günstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung im Sinne der Revision der Spitalfinanzierung erfüllen.

Die Kantone müssen künftig bei der Planung die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler und Geburtshäuser durch Vergleiche der schweregradbereinigten Kosten durchführen und bei Pflegeheimen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in angemessener Weise berücksichtigen. Die Kantone haben unter anderem auch die Aufgabe, im Rahmen der Planung die neuen Anforderungen an die Institutionen im Bereich der Qualität zu berücksichtigen, ihre Planungen stärker zu koordinieren und vorzusehen, dass die Leistungsaufträge für Spitäler als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme enthalten, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG führen.

## **10 Kostendämpfungspaket 1a**

Die Änderung des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a haben die Eidgenössischen Räte am 18. Juni 2021 beschlossen. Dies mit dem Ziel, eine Eindämmung der Kostenent-



wicklung für die Leistungen zulasten der OKP und auf diese Weise eine Begrenzung des Anstieges der von den Versicherten bezahlten Prämien zu erzielen.

Im Sinne der Zielsetzung der Kostendämpfung hat der Bundesrat am 3. Dezember 2021 beschlossen, dass diejenigen Massnahmen, welche keine oder einzig technische Anpassungen auf Verordnungsstufe benötigen, auf den 1. Januar 2022 in Kraft gesetzt werden (Art. 42 Abs. 3 Sätze 3 - 7, Art. 47a, Art. 59 Sachüberschrift, Abs.1 Einleitungsteil und Bst. c, Abs. 3 Bst. g und h sowie Abs. 4 und die Übergangsbestimmung). Dies betrifft die Massnahmen betreffend Rechnungskopie, ambulante Tariforganisation und maximale Bussenhöhe. Bei der ambulanten Tariforganisation ist dies möglich, da der Gesetzgeber eine Übergangsbestimmung von zwei Jahren für die Einsetzung der Organisation vorgesehen hat.

## **11 Vergütung des Pflegematerials**

Die KVG-Änderung betreffend die Vergütung des Pflegematerials wurde am 18. Dezember 2020 vom Parlament verabschiedet (BBI 2020 9945). Ziel der Änderung war, eine schweizweit einheitliche Vergütung für das Pflegematerial einzuführen und die Unterscheidung aufzuheben bei der Vergütung von Pflegematerial, das von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich mitwirkenden Person verwendet wird, und von Pflegematerial, welches von Pflegefachpersonen verwendet wird. Zu diesem Zweck sieht die Änderung vor, dass das Material, das für die Pflege nach Artikel 25a Absatz 1 und 2 KVG verwendet wird, auch zu den Mitteln und Gegenständen gehört, die der Untersuchung oder Behandlung dienen und von der OKP gesondert vergütet werden. Das Parlament hat eine Übergangsbestimmung hinzugefügt, so dass Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen und von Pflegefachpersonen verwendet werden und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Regelung noch nicht auf der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) aufgeführt sind, während eines Jahres nach altem Recht vergütet werden können.

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 4. Juni 2021 die KVG-Änderung betreffend die Vergütung des Pflegematerials auf den 1. Oktober 2021 in Kraft gesetzt und die entsprechende Änderung der KVV verabschiedet. Die Neuregelung erforderte auch eine Änderung der KLV durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), die zum gleichen Zeitpunkt in Kraft trat.

Seit dem 1. Oktober 2021 gilt die MiGeL somit nicht nur bei der Verwendung von Mitteln und Gegenständen durch die versicherten Personen selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich mitwirkenden Person wie bisher, sondern auch bei der Verwendung von Mitteln und Gegenständen durch selbstständige Pflegefachpersonen oder Pflegefachpersonen, die in Pflegeheimen oder bei Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) angestellt sind. Während der Übergangsfrist bis zum 30. September 2022 werden Mittel und Gegenstände, die ausschliesslich von Pflegefachpersonen verwendet werden, bis zu ihrer Aufnahme in die MiGeL nach dem Verteilschlüssel der Pflegefinanzierung durch die drei Kostenträger (OKP, Kantone und Versicherte) vergütet.

## **12 Anpassungen der KVV in Zusammenhang mit ST Reha**

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 3. Dezember 2021 die neue, schweizweit einheitliche Tarifstruktur für den stationären Bereich der Rehabilitation genehmigt. Mit der Tarifstruktur ST Reha sollen alle stationären rehabilitativen Behandlungen mit leistungsbezogenen Pauschalen vergütet werden. Die neue Struktur tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

Der Bundesrat hat zudem mit Beschluss vom 3. Dezember 2021 Artikel 59abis der KVV dahingehend angepasst, dass der Begriff "Bereich der Rehabilitation" gestrichen wurde, da für die Rechnungsstellung in diesem Bereich mit der Einführung der Tarifstruktur ST Reha die Bestimmungen von Artikel 59a ff. KVV Anwendung finden werden. Mit der Änderung wird das bewährte Vorgehen für die systemati-




sche Weitergabe der kodierungsrelevanten Daten im Rahmen der Rechnungsstellung nach Artikel 59a KVV sowie der Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern (SR 832.12.14) im Hinblick auf die Einführung der Tarifstruktur ST Reha auf den Bereich der Rehabilitation ausgedehnt.

Wir danken Ihnen für die angenehme Zusammenarbeit im 2021 und senden Ihnen unsere besten Wünsche für das neue Jahr!

Freundliche Grüsse

Bundesamt für Gesundheit



Thomas Christen  
Stv. Direktor BAG  
Leiter Kranken- und Unfallversicherung



Philipp Muri  
Leiter Abteilung Versicherungsaufsicht