



Bern, 18. Oktober 2023

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV)

(Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen sowie der Zahnärzte und Zahnärztinnen, Rechnungsstellung bei Analysen, unterjähriger Wechsel und Meldepflicht Ausgleichsbetrag)

Erläuterungen



Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Grundzüge der Vorlage	3
2.1	Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).....	3
2.1.1	Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen sowie Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen.....	3
2.1.2	Rechnungsstellung bei Analysen.....	4
2.1.3	Unterjähriger Wechsel.....	6
2.1.4	Meldepflicht Ausgleichsbetrag.....	8
2.2	Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).....	8
3	Erläuterungen zu einzelnen Artikeln	9
3.1	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102).....	9
3.2	Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31).....	10
4	Auswirkungen	10
4.1	Auswirkungen auf den Bund.....	10
4.2	Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete.....	11
4.3	Auswirkungen auf die Volkswirtschaft.....	11
4.4	Auswirkungen auf die Gesellschaft, die Umwelt und andere Auswirkungen.....	12
5	Rechtliche Aspekte	12
5.1	Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz.....	12
5.2	Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen.....	12
5.3	Subdelegation von Rechtsetzungsbefugnissen.....	12
6	Inkrafttreten	13

Erläuterungen

1 Ausgangslage

Am 18. Juni 2021 hat das Parlament die Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a verabschiedet. Mit dieser KVG-Änderung, die am 1. Januar 2023 in Kraft trat, hat der Gesetzgeber den Patientenpauschaltarif für ambulante Behandlungen gesetzlich geregelt, der auf einer einheitlichen, gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur beruhen soll. Diese Bestimmung findet sich in Artikel 43 Absätze 5, 5^{ter} und 5^{quater} KVG. Im Nachgang zum Inkrafttreten der KVG-Änderung zu den Pauschalen im ambulanten Bereich zeigte sich, dass eine Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) bezüglich der Rechnungsstellung für die Analysen erforderlich ist.

Der Bundesrat nimmt zudem die Gelegenheit wahr, weitere Anpassungen in der KVV vorzusehen. Unter anderem möchte der Bundesrat den Versicherten mehr Freiheiten, zum Beispiel bei unvorhergesehenen Ereignissen (Wohnortwechsel in eine höhere Prämienregion, Arbeitslosigkeit, Weiterbildung u.a.), zugestehen. Wenn sie in der Versicherung mit wählbaren Franchisen und freier Wahl der Leistungserbringer sind, sollen sie unterjährig in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer wechseln können. Schliesslich haben die Kantone beantragt, die Versicherer zu verpflichten, ihnen den Ausgleichsbetrag des freiwilligen Reserveabbaus zusätzlich zur genehmigten Prämie zu melden. Ebenso wird der Katalog der möglichen Organisationen der Leistungserbringer, welche zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig sein wollen, weitergeführt. Dies bedingt eine Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI).

Diese Änderungen sollen per 1. Juli 2024 in Kraft treten.

2 Grundzüge der Vorlage

2.1 Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

2.1.1 Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen sowie Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen

Einleitung

Die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP dient einerseits der Bestimmung der Leistungserbringer, die für ihre Tätigkeit im Rahmen der OKP Rechnung stellen dürfen, und andererseits der Bestimmung der Leistungserbringer, die auch gegenüber der Krankenversicherung für die erbrachte Leistung die Verantwortung tragen. In diesem Sinne haben solche Leistungserbringer Rechtspersönlichkeit aufzuweisen. Bei der Kategorie von Leistungserbringern, die direkt zulasten der OKP tätig sein können (Art. 35 Abs. 2 Bst. a–d KVG), und jenen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen erbringen (Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG, 1. Teilsatz), handelt es sich um natürliche Personen, die für die zulasten

der OKP erbrachten Leistungen verantwortlich und abrechnungsberechtigt sind.¹ Demgegenüber muss eine Organisation eine juristische Person sein, die als solche Rechtspersönlichkeit besitzt.

Im geltenden Recht ist für alle ambulanten Leistungserbringer, die als natürliche Personen zulasten der OKP tätig sein können, auch die Zulassung als Organisation möglich, mit Ausnahme der Apotheker und Apothekerinnen sowie der Zahnärzte und Zahnärztinnen². Apotheker und Apothekerinnen beziehungsweise Zahnärzte und Zahnärztinnen können somit nicht im Rahmen einer juristischen Person in Form einer Organisation als Leistungserbringer zulasten der OKP tätig werden, weil diesbezüglich im geltenden Recht eine Grundlage fehlt.

Gründe für die Revision

Im Rahmen der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 betreffend die Zulassung von Leistungserbringern (BBl 2020 5513) wurde per 1. Januar 2022 ein formelles Verfahren für die Neuzulassung ambulanter Leistungserbringer eingeführt, das in der Zuständigkeit der Kantone liegt (Inkrafttreten der neuen Artikel 36 ff. KVG und der damit verbundenen Änderungen der KVV und der KLV).³ Die Kantone können zur Tätigkeit zulasten der OKP nur Leistungserbringer zulassen, die gemäss Gesetz beziehungsweise Verordnung als solche vorgesehen sind.

Damit für Apotheker und Apothekerinnen beziehungsweise Zahnärzte und Zahnärztinnen die Rechtsform einer juristischen Person zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen werden kann, bedarf es der Einführung entsprechender Organisationen in der KVV und einer entsprechenden Änderung der KVV. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat diesbezüglich bereits einen Austausch mit dem Schweizerischen Apothekerverband (pharmaSuisse) und mit der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) geführt.

2.1.2 Rechnungsstellung bei Analysen

Einleitung

Im Bereich der Laboratorien wurden mit der KVV-Änderung vom 6. Juni 2003 (AS 2003 3251) erstmals allgemeine Regeln zur Rechnungsstellung festgelegt (in Kraft seit dem 1. Januar 2004). Sie besagen, dass bei Analysen die Rechnungsstellung an den Schuldner der Vergütung ausschliesslich durch das Laboratorium, das die Analyse durchgeführt hat, erfolgt. Pauschaltarife nach Artikel 49 KVG bleiben diesbezüglich vor-

¹ Vgl. erläuternder Bericht vom 23. Juni 2021 zur Änderung der KVV und KLV, S. 4f., abrufbar unter www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Abgeschlossene Neuerungen und Revisionen > Zulassung: Ausführungsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 des KVG (Zulassung von Leistungserbringern und Spitalplanungskriterien).

² Zahnärzte und Zahnärztinnen sind in Artikel 35 Absatz 2 KVG nicht ausdrücklich als Leistungserbringer genannt, zumal sie nur einen kleinen Teil ihrer Leistungen unter bestimmten Bedingungen zulasten der OKP erbringen (siehe Art. 31 KVG). Für diejenigen Leistungen, die von der OKP übernommen werden, sind die Zahnärzte und Zahnärztinnen den Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt, bilden aber eine in Artikel 36 und 36a KVG geregelte eigenständige Kategorie. – Vgl. erläuternder Bericht vom 23. Juni 2021 zur Änderung der KVV und KLV, S. 11.

³ Für bereits zugelassene Leistungserbringer gilt der Besitzstand gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020: 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 im Zeitpunkt des Inkrafttretens von Artikel 36 KVG als vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie ihre Tätigkeit ausübten.

behalten. Die hier vorgeschlagene Änderung der KVV ergänzt diese Bestimmung. Damit soll der am 1. Januar 2023 in Kraft getretenen Regelung zu den ambulanten Pauschalen (AS 2021 837; BBI 2019 6071) Rechnung getragen werden.

Nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 KVG erstellt das EDI eine Liste der Analysen mit Tarif (AL)⁴. Diese bildet den Anhang 3 der KLV und enthält die von der Krankenversicherung im Rahmen der OKP als Pflichtleistung zu vergütenden ambulant durchgeführten Analysen. Die AL stellt eine Positivliste dar, das heisst einzig die darin aufgeführten Analysen dürfen von der Krankenversicherung vergütet werden (Art. 34 Abs. 1 KVG). Ferner zählen Laboratorien zu den Leistungserbringern nach KVG. Im Bereich der Analysen ist der Kreis der Personen, die Leistungen zulasten der OKP erbringen oder abrechnen dürfen, abschliessend geregelt.⁵

Die in Artikel 42 Absatz 3 KVG geregelte Rechnungsstellung ist ein wichtiges Instrument der Wirtschaftlichkeitskontrolle, weshalb auf Verordnungsebene festgelegt wurde, dass die Rechnung unter anderem das Kalendarium der Behandlungen sowie die erbrachten Leistungen zu enthalten haben (vgl. Art. 59 KVV). Besonderes Gewicht kommt der Bezeichnung des Rechnungsstellers zu. Leistungen zulasten der OKP können dem Patienten nur vom tatsächlichen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden (Art. 42 Abs. 3 KVG). Sowohl die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 35 ff. KVG, die Rechnungsstellung und Tarifierung nach Artikel 42 ff. KVG als auch die Wirtschaftlichkeitskontrolle und Qualitätssicherung nach Artikel 56 ff. KVG knüpfen sich an den Begriff des Leistungserbringers an.

Das Gesetz definiert in Artikel 42 Absätze 1 und 2 KVG, wer gegenüber dem Leistungserbringer der Honorarschuldner ist. Grundsätzlich schulden die versicherten Personen den Leistungserbringern eine Vergütung für die Leistung. Die versicherten Personen haben gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des Tiers *garant*). Es ist jedoch möglich, vertraglich von diesem Grundsatz abzuweichen: Der Versicherer und der Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer der Schuldner der Vergütung ist (Art. 42 Abs. 2 KVG; System des Tiers *payant*).

Die an den Honorarschuldner gerichtete Rechnung in Zusammenhang mit einer Laboranalyse muss von dem Leistungserbringer (Arzt, Privatlaboratorien, Apotheker, Spitäler) ausgestellt werden, der die Analyse tatsächlich durchgeführt hat (Art. 42 Abs. 3 KVG und Art. 59 Abs. 1 und 3 KVV). Dies gilt insbesondere auch dann, wenn die Analyse von einem Privatlaboratorium im Auftrag eines Arztes oder eines Spitals durchgeführt wurde. Eine Ausnahme bilden Laboranalysen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden. In diesem Fall stellt das vom Spital beauftragte Privatlaboratorium dem Auftrag gebenden Spital gemäss Artikel 49 KVG direkt Rechnung. Eine wahrheitsgetreue Rechnungsstellung setzt nicht nur voraus, dass der Leistungserbringer, der die Leistung tatsächlich erbracht hat, die Rechnung ausstellt und als Gläubiger auf der Rechnung erscheint, sondern auch, dass der Rechnungsbetrag der Wahrheit entspricht. Dies ist besonders wichtig, weil eine Ärztin oder Arzt verpflichtet ist, die direkten oder indirekten Vergünstigungen, die er von einem Laboratorium im

⁴ Anhang 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31).

⁵ Gegenüber der OKP zugelassen werden können Praxis-, Spital- und Privatlaboratorien sowie die Offizin eines Apothekers. Alle bedürfen einer (gesundheitspolizeilichen) Zulassung nach kantonalem Recht, der zweckentsprechenden Einrichtung, des geeigneten Fachpersonals und sie müssen Qualitätssicherungs-massnahmen vorsehen (Art. 53 KVV). Führen sie Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durch, bedürfen sie darüber hinaus der Anerkennung des Bundesamtes für Gesundheit. Aus- und weiterbildungsspezifische Anforderungen für die leitenden Personen gelten insbesondere bei Privatlaboratorien und teilweise bei Spitallaboratorien (Art. 54 Abs. 2 - 3 KVV; Art. 42 - 43 KLV).

Zusammenhang mit der Durchführung einer Laboranalyse erhält, an seinen Honorarschuldner (Patient, Krankenversicherer) weiterzugeben hat (Art. 56 Abs. 3 KVG).

Diese Bestimmung über die Rechnungsstellung hat zum Ziel, die vom jeweiligen Leistungserbringer erbrachten Leistungen transparent darzustellen. Leistungserbringer, die die Bestimmungen zur Rechnungsstellung umgehen, indem sie die von Dritten erbrachten Leistungen nicht als solche ausweisen, um zulasten des Kostenträgers daraus Vorteile für sich zu erlangen, machen sich strafbar (Art. 92 Abs. 1 Bst. d KVG). Deshalb wurde die Transparenz hinsichtlich der Rechnungsstellung für Laborleistungen verbessert, wonach die von der OKP übernommenen Analysen in der Rechnung von anderen Leistungen klar unterschieden werden.⁶

Gründe für die Revision

Im Jahr 2019 hat der Bundesrat die Botschaft zur Änderung des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 verabschiedet. Das Parlament hat dieses Paket in zwei Pakete 1a und 1b aufgeteilt und das erste Paket (1a) am 18. Juni 2021 angenommen. Das Paket 1a beinhaltet unter anderem die Förderung von ambulanten Pauschalen. Die am 1. Januar 2023 in Kraft getretenen neuen Absätze 5, 5^{ter} und 5^{quater} von Artikel 43 KVG sehen diesbezüglich vor, dass auch auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife auf einer einheitlichen und gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur beruhen müssen. Pauschalen haben Vorrang vor Einzelleistungstarifstrukturen, wenn sie von den Tarifpartnern vereinbart werden. Sinn und Zweck einer Patientenpauschale ist es, dass neben ärztlichen Leistungen und nicht-ärztlichen Leistungen auch Medikamente, Analysen usw. Teil einer ambulanten Pauschale werden können.

Artikel 59 Absatz 3 KVV regelt, dass die Rechnungsstellung der Analysen an den Vergütungsschuldner ausschliesslich durch das Laboratorium erfolgt, welches die Analyse durchgeführt hat. Dadurch wurde wie vorstehend ausgeführt die Transparenz hinsichtlich der Rechnungsstellung für Laborleistungen verbessert. Im Vergleich zur Neuregelung der Pauschaltarife im ambulanten Bereich kann sich dies jedoch insofern einschränkend auswirken, als Analysen bei der Rechnungsstellung separat auszuweisen sind und nicht als Bestandteil von Pauschalen in Rechnung gestellt werden können. Daher soll für Analysen, die Bestandteil eines Pauschaltarifs im ambulanten Bereich sind und somit nicht vom Laboratorium dem Schuldner in Rechnung gestellt werden, die KVV angepasst werden. Damit schafft das BAG für alle Leistungserbringer, Versicherer und Versicherten Klarheit betreffend Laboranalysen und deren Rechnungsstellung. Es ist Aufgabe der Tarifpartner im Rahmen der Tarifierung von ambulanten Patientenpauschalen bei einer Inkludierung von OKP-pflichtigen Analysen sicherzustellen, dass nur die effektiven Kosten einer Analyse einfließen und Vergünstigungen berücksichtigt werden.

2.1.3 Unterjähriger Wechsel

Einleitung

Unter ordentlicher Versicherung ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne besondere Versicherungsform (Art. 62 KVG) mit ordentlicher Franchise von 300 Franken, ohne Bonus-Versicherung und mit freier Wahl der Leistungserbringer zu verste-

⁶ [RKUV 1/2005](#), S. 22 f. E. 7.3.

hen. Das ergibt sich aus der Auslegung der Artikel zu den besonderen Versicherungsformen im 2. Abschnitt in der KVV, wo der Begriff ordentliche Versicherung mehrmals verwendet wird (Art. 93, 95-100 KVV). Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist gemäss Artikel 100 Absatz 2 KVV jederzeit möglich.

Unter dem Begriff «besondere Versicherungsform» ist die Versicherung mit wählbaren Franchisen, Bonusversicherung und Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu verstehen. Versicherte in den besonderen Versicherungsformen können erst auf Ende des Kalenderjahres wechseln. Dies gilt insbesondere für Versicherte in einer Versicherung mit wählbaren Franchisen (Art. 93 – 95 KVV) und freier Wahl der Leistungserbringer. Sie haben aktuell keine Möglichkeit, unterjährig in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu wechseln. Dies soll geändert werden.

Gründe für die Revision

Anlässlich einer Auslegungsanfrage im Parlament ([18.1084](#)) wurde der Bundesrat gebeten, Artikel 100 Absatz 2 KVV genauer zu erläutern. Dabei wurde festgestellt, dass versicherte Personen, die in einer Versicherung mit wählbaren Franchisen versichert sind, nicht die Möglichkeit haben, unterjährig in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (umgangssprachlich alternative Versicherungsmodelle AVM: z.B. Hausarztmodell, HMO, Telefonmodell) zu wechseln, selbst wenn sie die Versicherung mit freier Wahl der Leistungserbringer haben.

Der Bundesrat steht Versicherungslösungen mit alternative Versicherungsformen positiv gegenüber und möchte den Versicherten mehr Freiheiten, zum Beispiel bei unvorhergesehenen Ereignissen (Wohnortwechsel in eine höhere Prämienregion, Arbeitslosigkeit, Weiterbildung u.a.), zugestehen. Die KVV soll entsprechend geändert werden. Es wird damit für alle Versicherten in einer Versicherung mit freier Wahl der Leistungserbringer (unabhängig davon, ob sie in der ordentlichen oder der Versicherung mit wählbaren Franchisen sind) die Möglichkeit geschaffen, beim eigenen Versicherer unterjährig (und nicht erst Ende des Kalenderjahres) in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu wechseln. Der unterjährige Wechsel zu einem anderen Versicherer bleibt weiterhin nicht möglich. Ebenso ist es weiterhin nicht möglich, innerhalb der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer unterjährig zu wechseln (von einem alternativen Versicherungsmodell in ein anderes alternatives Versicherungsmodell).

Mit der Anpassung wird es den Versicherten mit freier Arztwahl erleichtert, sich für ein kostensparendes Modell zu entscheiden. Die Flexibilisierung soll jedoch nicht auf unterjährige Wechsel zu anderen Versicherern oder auf Wechsel zwischen Modellen ausgedehnt werden, weil für die Festsetzung der Prämien mit vollständigen Kalenderjahren gerechnet wird.

Die Umsetzung erfordert eine Änderung von Artikel 100 Absatz 2 KVV. Der Satzteil "von der ordentlichen Versicherung" wird aufgehoben. Gleichzeitig wird präzisierend eingefügt, dass nur von der Versicherung ohne eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer unterjährig in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gewechselt werden kann.

2.1.4 Meldepflicht Ausgleichsbetrag

Einleitung

Die soziale Krankenversicherung wird nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanziert. Das Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) sieht vor, dass die Prämien die erwarteten Kosten decken müssen. Bei der Festsetzung der Prämien des Folgejahres stützen sich die Versicherer auf die Zahlen der Vorjahre, die Hochrechnungen des laufenden Jahres und die Schätzungen für das Folgejahr. Da die letzten beiden Komponenten naturgemäss gewisse Unsicherheitsfaktoren beinhalten, lässt es sich nicht ausschliessen, dass die genehmigten Prämien im Nachhinein nicht ganz den effektiven Kosten entsprechen. Während allfällige Gewinne vollumfänglich in die Reserven der Versicherer fliessen, werden allfällige Verluste von den Reserven gedeckt.

Die Versicherer können freiwillig Reserven abbauen, sofern sie nach dem Abbau in jedem Fall über eine Solvenzquote von mindestens 100% verfügen. Der Abbau erfolgt in erster Linie durch eine knappe Kalkulation der Prämien. Wenn die Versicherer nach der knappen Kalkulation ihrer Prämien immer noch über übermässige Reserven verfügen, können sie den Versicherten einen Ausgleichsbetrag zahlen. Der festgelegte Betrag wird nach einem angemessenen, vom Versicherer bestimmten Schlüssel auf die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsgebiet des Versicherers verteilt. Der Versicherer zieht den Ausgleichsbetrag von der genehmigten Prämie ab und weist ihn auf der Prämienrechnung gesondert aus (Art. 26 Abs. 5 der Verordnung vom 18. November 2015 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung KVAV; SR 832.121).

Die Versicherer legen die Versicherungsprämien unabhängig vom Einkommen einheitlich pro Person nach Alterskategorie (Kinder, junge Erwachsene und Erwachsene), Wohnregion und gewählttem Versicherungsmodell und gewählter Franchisehöhe sowie allfälliger Unfalleinschluss fest. Als soziales Korrektiv zur Einheitsprämie sieht das KVG vor, dass die Kantone Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen die Prämien verbilligen.

Versicherer richten den freiwilligen Reserveabbau via Ausgleichsbetrag auch Versicherten aus, deren Prämien vom Kanton verbilligt wurden. Der Versicherer hat aktuell keine gesetzliche Verpflichtung, diese Ausgleichszahlungen dem Kanton zu melden, auch wenn der Kanton die Prämien von gewissen Versicherten ganz oder teilweise verbilligt hat.

Gründe für die Revision

Die Kantone beantragen, die Versicherer zu verpflichten, ihnen den Ausgleichsbetrag zusätzlich zur genehmigten Prämie zu melden. Diese Anpassung ermöglicht den Kantonen den Ausgleichsbetrag bei der Bemessung der Prämienverbilligung zu berücksichtigen, sofern die kantonale Gesetzgebung dies vorsieht.

2.2 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Die vorgenannten Änderungen der KVV bedingen einen Nachvollzug der KLV durch das EDI betreffend die Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen.

3 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln

3.1 Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)

Artikel 41: Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen

Artikel 41 legt die Zulassungsvoraussetzungen für Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen fest. Es gelten sinngemäss dieselben Voraussetzungen wie für Organisationen der Chiropraktik (Art. 44a KVV) oder der Hebammen (Art. 45a KVV). Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen müssen hierbei nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sein (Bst. a), und müssen ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben (Bst. b). Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen haben ihre Leistungen durch Personen zu erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 40 Absatz 1 Buchstabe a KVV erfüllen (Art. 41 Bst. c). Zudem müssen sie über die Einrichtungen verfügen, die für ihre Leistungserbringung notwendig sind (Bst. d), und müssen die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV⁷ erfüllen (Bst. e).

Artikel 43: Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen

Artikel 43 legt die Zulassungsvoraussetzungen für Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen fest. Es gelten sinngemäss dieselben Voraussetzungen wie für Organisationen der Chiropraktik (Art. 44a KVV) oder der Hebammen (Art. 45a KVV). Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen müssen hierbei nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sein (Bst. a), und müssen ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben (Bst. b). Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen haben ihre Leistungen durch Personen zu erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 42 Buchstaben a und b KVV erfüllen (Art. 43 Bst. c). Zudem müssen sie über die Einrichtungen verfügen, die für ihre Leistungserbringung notwendig sind (Bst. d), und müssen die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV⁸ erfüllen (Bst. e).

Artikel 59 Absatz 3 KVV: Rechnungsstellung bei Analysen

Aufgrund der oben erwähnten Gründe ist Artikel 59 KVV zu ergänzen, indem in Absatz 3 ein zusätzlicher Vorbehalt betreffend Patientenpauschaltarife im ambulanten Bereich (Art. 43 Abs. 5 - 5^{quater} KVG) eingefügt wird.

Artikel 100 Absatz 2 KVV: Unterjähriger Wechsel

In Artikel 100 Absatz 2 KVV wird der Begriff «ordentliche Versicherung» gestrichen. Zudem wird präzisierend ergänzt, dass nur diejenigen Versicherten jederzeit wechseln können, die in einer Versicherung ohne eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sind. Somit wird sichergestellt, dass Personen die eine freie Wahl der Leistungserbringer und eine wählbare Franchise gewählt haben, unterjährig in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer bei ihrem bestehenden Versicherer wechseln können.

⁷ Bezüglich Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV siehe erläuternder Bericht vom 23. Juni 2021 zur Änderung der KVV und KLV, S. 24–26.

⁸ Bezüglich Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV siehe erläuternder Bericht vom 23. Juni 2021 zur Änderung der KVV und KLV, S. 24–26.

Artikel 106c Absatz 1 KVV: Meldepflicht Ausgleichsbetrag

Bei Artikel 106c Absatz 1 KVV wird ein neuer Satz ergänzend eingeführt. Dieser hält fest, dass der Versicherer dem Kanton nebst der genehmigten Prämie ausserdem den Ausgleichsbetrag nach Artikel 26 Absatz 4 KVAV mitteilt. Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31).

3.2 Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31)

Artikel 4a Absatz 1 KLV: Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen

Der neue Artikel 41 KVV betreffend die Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen macht eine Änderung von Artikel 4a Absatz 1 KLV erforderlich, damit dort auch die Organisationen aufgeführt werden. Demgegenüber erfordert der neue Artikel 43 KVV betreffend die Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen keine Anpassung der Artikel 17 bis 19b KLV über die zahnärztlichen Behandlungen.

4 Auswirkungen

4.1 Auswirkungen auf den Bund

Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen sowie Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen

Mit der Einführung von Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen sowie der Zahnärzte und Zahnärztinnen ist für sämtliche ambulanten Leistungserbringer, die als natürliche Personen zulasten der OKP tätig sein können, auch die Zulassung als Organisation möglich. Die Einführung der genannten Organisationen hat keine Auswirkungen auf den Bund.

Rechnungsstellung bei Analysen

Die Ergänzung von Artikel 59 Absatz 3 KVV, wonach Analysen bei der Anwendung von Patientenpauschaltarifen im ambulanten Bereich nach Artikel 43 Absätze 5 - 5^{quater} KVG nicht separat in Rechnung zu stellen sind, kann sich kostendämpfend auswirken. Mit der Förderung der ambulanten Pauschale ist nämlich mittelfristig ein allgemeiner Kostendämpfungseffekt zugunsten der OKP zu erwarten. Daher kann in Bezug auf die finanziellen und personellen Auswirkungen des Bundes (aber auch für die weiteren Akteure) auf die bestehende Umsetzung des Kostendämpfungspakets 1a betreffend ambulante Pauschalen verwiesen werden.

Unterjähriger Wechsel

Die Änderung hat keine Auswirkungen auf den Bund. Hingegen wird im Interesse der Versicherten eine Massnahme getroffen, die es ihnen erlaubt, zum Beispiel bei unvorhergesehenen Ereignissen (Wohnortswechsel in eine höhere Prämienregion, Arbeitslosigkeit, Weiterbildung u.a.), unterjährig in die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu wechseln.

Meldepflicht Ausgleichsbetrag

Die Änderung hat keine Auswirkungen auf den Bund.

4.2 Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete

Organisationen der Apothekerinnen und Apotheker sowie Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen

Die Einführung von Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen sowie der Zahnärzte und Zahnärztinnen in der KVV ermöglicht es den Kantonen, auch solche Organisationen als Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen. Auswirkungen auf Gemeinden, urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete sind nicht zu erwarten.

Rechnungsstellung bei Analysen

Die Änderung bringt für die Kantone keinen zusätzlichen Aufwand mit sich, da ihnen die Kompetenz zur Genehmigung der geltenden kantonalen Tarifverträge bereits unter dem geltenden Recht zusteht. Ebenso sind die kantonalen Behörden unter dem geltenden Recht bereits mit dem Vorbehalt der Sonderregelung für die Rechnungsstellung von stationären Behandlungen nach Artikel 49 KVG vertraut. Es ist daher lediglich darauf zu achten, dass im Rahmen einer Pauschaltarifierung auch allfällige Vergünstigungen berücksichtigt werden und dass die Tarifregelung klar definiert wird. Weiter sind keine Auswirkungen auf die Gemeinden, urbanen Zentren, Agglomerationen und Berggebieten zu erwarten.

Unterjähriger Wechsel

Die Kantone legen innerhalb der bundesrechtlichen Vorgaben (Art. 65 KVG, Art. 10 Abs. 3 Bst. d Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, ELG, SR 831.30) fest, wem sie die Prämien wie stark verbilligen. Die erwähnte Bestimmung des ELG und einige Kantone sehen vor, dass die Kantone höchstens die tatsächliche Prämie verbilligen. Zudem gewährt zum Beispiel ein Kanton den Versicherten, die eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abschliessen, einen Bonus. Der Versicherer muss dem Kanton deshalb die neue Prämie melden, damit dieser die Prämienverbilligung ändern kann. Der unterjährige Wechsel wirkt sich somit auf die Prämienverbilligung der Kantone aus.

Auf die Gemeinden, urbanen Zentren, Agglomerationen und Berggebiete sind keine Auswirkungen zu erwarten.

Meldepflicht Ausgleichsbetrag

Diese Verordnungsänderung wurde von den Kantonen beantragt. Sie ermöglicht den Kantonen den Ausgleichsbetrag bei der Bemessung der Prämienverbilligung zu berücksichtigen, sofern die kantonale Gesetzgebung dies vorsieht.

Weiter sind keine Auswirkungen auf die Gemeinden, urbanen Zentren, Agglomerationen und Berggebiete zu erwarten.

4.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Organisationen der Apothekerinnen und Apotheker sowie Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen

Die Einführung von Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen sowie der Zahnärzte und Zahnärztinnen ist in erster Linie eine strukturelle Frage hinsichtlich der Leistungserbringer. Sie dient nicht dazu, das Volumen an Leistungen zulasten der OKP zu erhöhen. Es ist deshalb nicht mit Mehrkosten aufgrund dieser Änderung zu rechnen. Vielmehr gelten für in diesen Organisationen beschäftigte Personen die gleichen Voraussetzungen wie bei selbständiger Berufsausübung, was der Regelung für Organisationen anderer Leistungserbringer entspricht.

Rechnungsstellung bei Analysen

Allfällige Kostenfolgen betreffen vor allem den Initialaufwand für die Einführung von Patientenpauschaltarifen sowohl auf Seiten der Tarifpartner als auch der involvierten Behörden. Daher kann in Bezug auf die Auswirkungen auf die bestehende Umsetzung des Kostendämpfungspakets 1a betreffend ambulante Pauschalen verwiesen werden.

Unterjähriger Wechsel

Die Einführung der unterjährigen Wechselmöglichkeit von der Versicherung mit freier Wahl der Leistungserbringer in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer hat vor allem Auswirkungen auf die versicherten Personen, die diesen Wechsel vornehmen. Sie können ihre Prämienbelastung senken, indem sie sich einschränken. Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer senken Kosten und ermöglichen eine bessere Koordination.

Meldepflicht Ausgleichsbetrag

Die Änderung hat keine Auswirkungen auf die Volkswirtschaft.

4.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft, die Umwelt und andere Auswirkungen

Es sind bei allen Bestimmungen keine Auswirkungen auf die Gesellschaft zu erwarten.

5 Rechtliche Aspekte

5.1 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz

Die vorliegenden Änderungen der KVV haben keine relevanten Auswirkungen ausserhalb der Schweiz.

5.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die Einfügung von Artikel 41 KVV (Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen) sowie Artikel 43 KVV (Organisationen der Zahnärzte und Zahnärztinnen) stützt sich auf Artikel 36a KVG; die Änderung von Artikel 59 Absatz 3 KVV auf Artikel 42 Absatz 3 KVG. Die Änderung von Artikel 100 Absatz 2 KVV stützt sich auf Artikel 41 Absatz 4 KVG (und Art. 62 KVG). Die Änderung von Artikel 106c Absatz 1 KVV stützt sich auf Artikel 65 KVG (und Art. 14 KVAG sowie Art. 26 KVAV).

5.3 Subdelegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Der neue Artikel 41 KVV betreffend die Organisationen der Apotheker und Apothekerinnen macht eine Änderung von Artikel 4a Absatz 1 KLV durch das EDI erforderlich. Diese Änderung stützt sich auf Artikel 33 Buchstabe b KVV.

Der neue Artikel 106c Absatz 1 KVV betreffend die Meldepflicht wird eine Änderung der Verordnung des EDI vom 13. November 2012 über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI; SR 832.102.2) nach in Kraft treten dieser Verordnung notwendig machen.

Eine Subdelegation von Rechtssetzungsbefugnissen ist für die Änderung in Bezug auf die Rechnungsstellung bei Analysen und beim unterjährigen Wechsel nicht vorgesehen.

6 Inkrafttreten

Die vorliegenden Änderungen sollen am 1. Juli 2024 in Kraft treten.