

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

Änderungen vorgesehen für den 1. Januar 2007

Kommentar und Inhalt der Änderungen (Beilage)

Bern, September 2006

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Revision der KVV	3
21	Zustellung einer Rechnungskopie an die versicherte Person (Art. 59 Abs. 5)	3
22	Tarifgestaltung (Art. 59c)	4
221	Einleitung	4
222	Kommentar zu Art. 59c	4
23	Medikamente (Art. 73 Abs. 2: Gesamtlimitierungen)	5
24	Prämienbezahlung und Folgen des Zahlungsverzugs (Art. 90; 105a ff)	6
3	Inkrafttreten	8

1 Einleitung

Das Departement des Innern (EDI) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) haben festgestellt, dass einige Bestimmungen unklar sind oder dass gewisse Bestimmungen fehlen. Das hat zu gewissen Unsicherheiten in der Öffentlichkeit oder bei den Durchführungsbehörden führen können. Das EDI schlägt mit den vorliegenden Änderungen der KVV vor, diese Unsicherheiten auszuräumen und die Transparenz, insbesondere im Interesse der Versicherten, zu erhöhen.

2 Revision der KVV

21 Zustellung einer Rechnungskopie an die versicherte Person (Art. 59 Abs. 5)

In der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (Bundesblatt 1992, Band 1, Seite 170) wurde folgendes vorgesehen: "Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können." (Art. 36 Abs. 3 des Entwurfes). Zudem lege die Vorlage Wert darauf "die Verantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken". Wenn der Versicherer somit der Schuldner der Vergütung ist, kommt es ihm zu, dem Versicherten eine Kopie der Rechnung zuzustellen, damit dieser sie überprüfen und sich über die entstandenen Kosten Rechenschaft ablegen kann.

Bei den parlamentarischen Beratungen wurde die Bestimmung wie folgt ergänzt: "Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist." Es wurde jedoch bewusst offen gelassen, wer ihr die Rechnungskopie zustellt.

Die Bundesverwaltung ging davon aus, dass die Frage, wer die Rechnungskopie zustellt, zwischen Versicherern und Leistungserbringern vertraglich zu regeln ist. Sie betrachtete diese Regelung als Abrechnungsmodalität, die bei der Genehmigung der Tarifverträge nicht zu prüfen ist.

Inzwischen hat die Verwaltung jedoch festgestellt, dass immer wieder Versicherte beanstanden, dass sie keine Rechnungskopie erhalten. Sie geht davon aus, dass diese Fälle darauf zurückzuführen sind, dass die Tarifpartner in ihrem Vertrag die Zustellung der Rechnungskopie nicht geregelt haben.

Das Gesetz schreibt vor, dass die versicherte Person eine Rechnungskopie erhalten soll. Um sicher zu stellen, dass sie diese erhält, soll neu auf Verordnungsstufe festgelegt werden, wer ihr diese zuzustellen hat.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat sich dazu geäußert (Urteil K 99/02 vom 23. Juni 2003, Erw. 3.2) und hat festgestellt, dass die versicherte Person gestützt auf Artikel 42 Absatz 3 KVG zwar Anspruch auf eine Kopie der Rechnung hat, dass aber weder das Gesetz noch die Verordnung regeln, ob der Krankenversicherer oder der Leistungserbringer zu deren Abgabe verpflichtet ist. Es legt dar, die versicherte Person hätte die Rechnungskopie jedenfalls vom Leistungserbringer verlangen können. Dazu verweist es auf sein unveröffentlichtes Urteil V. vom 10. April 2002, K 1/02. In diesem führt es aus, ein allfälliger Anspruch auf Zustellung der Originalrechnungen würde sich im System des Tiers payant nicht gegen den Versicherer, sondern gegen den Leistungserbringer richten.

Da der Versicherte dem Leistungserbringer einen Auftrag erteilt, soll der Leistungserbringer die Rechnungskopie zustellen. Er soll jedoch die Möglichkeit haben, mit dem Versicherer zu vereinbaren, dass dieser sie zustellt.

22 Tarifgestaltung (Art. 59c)

221 Einleitung

Grundlage für die Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer, d.h. für die Berechnung der Vergütung erbrachter Leistungen einerseits und für die Kostenübernahme durch den Versicherten bzw. den Versicherer andererseits sind die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verbindlichen Tarife und Preise. Diese werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Die Bestimmungen des Gesetzes sind daher auch dann anwendbar, wenn die Kantonsregierung den Tarif nach Artikel 47 KVG bzw. der Bundesrat nach Artikel 43 Absatz 5 eine Tarifstruktur festlegt, weil sich die Tarifparteien nicht einigen konnten.

Tarifverträge bedürfen einer Genehmigung durch die nach Artikel 46 KVG zuständige Behörde. Diese prüft, ob der Tarifvertrag den gesetzlichen Anforderungen und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit entspricht.

Artikel 43 Absatz 7 KVG ermächtigt den Bundesrat, Grundsätze für eine *wirtschaftliche Bemessung* und eine *sachgerechte Struktur* sowie für die *Anpassung der Tarife* aufzustellen. Bis anhin hat der Bundesrat auf eine positivrechtliche Verankerung von Grundsätzen verzichtet, aber im Rahmen seiner Rechtsprechung zu den Beschwerden gegen kantonale Entscheide nach den Artikeln 46 und 47 KVG Grundsätze entwickelt. Mit dem durch Inkrafttreten des Bundesverwaltungsgerichtsgesetzes (VGG, BBl 2005 4093) auf den 1. Januar 2007 erfolgenden Übergang der Rechtsprechungskompetenz an das Bundesverwaltungsgericht sollen nun einige Grundsätze in der Verordnung verankert und die Bestimmung von Artikel 43 Absatz 7 KVG umgesetzt werden.

Als Zielsetzung hat die Tarifierung dazu beizutragen, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen. Auf allen drei Ebenen – Leistungsdefinition, Tarifierung und Leistungserbringung – liegt die Sicherstellung hoher Qualität *und* Wirtschaftlichkeit letztlich im Interesse der Versicherten-gemeinschaft (Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 174).

Mit Artikel 59c KVV werden Grundsätze definiert, die eine systematische und wirtschaftliche Tarifierung gewährleisten sollen.

222 Kommentar zu Art. 59c

Adressaten für die Berücksichtigung der festzulegenden Tarifgrundsätze sind sowohl die Tarifparteien bei der Ausgestaltung ihrer Tarife als auch die zuständige Behörde bei der entsprechenden Genehmigung bzw. Festsetzung (*Absatz 1*).

Absatz 1 Buchstabe a): Die Transparenz der Kosten und Leistungen ist ein zentrales Kriterium für eine wirtschaftliche Tarifgestaltung.

Absatz 1 Buchstabe b): Es dürfen ausschliesslich diejenigen Kosten vergütet werden, die einer effizienten Leistungserbringung entsprechen. Auf diesen Grundsatz stützen sich die Betriebsvergleiche im Spital- oder im Pflegeheimbereich, d.h. die Darstellung vergleichbarer Kosten bei vergleichbarer Leistungserbringung. Für den ambulanten Bereich gelten für alle Leistungserbringer häufig dieselben Tarife, die aufgrund einer Stichprobe der Kosten von Praxen oder Laboratorien berechnet werden. In diesen Fällen ist es wichtig, dass sich die Kosten auf die bei gleicher Qualität effizientesten Leistungserbringer stützen und nicht auf Durchschnittskosten.

Der Tarif übernimmt damit die Funktion einer Steuerung in Richtung effizienter Leistungserbringung mit günstiger Infra- und Personalstruktur. Ferner muss der Tarif eine Steuerungsfunktion in Richtung einer besseren geografischen Verteilung der Leistungserbringung haben, was eine gewisse Entschärfung der Konzentration in den Stadtzentren implizieren könnte. Auch beim Einsatz von Apparaturen (z.B. Magnetresonanztomographen) sind nicht die ausgewiesenen Kosten zu finanzieren, sondern nur diejenigen, die einer Mindestauslastung entsprechen (vgl. RKUV 5/2001, S. 377).

Absatz 1 Buchstabe c): Der Grundsatz der Kostenneutralität, d.h., dass ein Wechsel des Tarifmodells dann nicht zu Mehrkosten führen darf, wenn Qualität und Menge der erbrachten Leistungen im Vergleich zum alten Modell mehr oder weniger gleich bleiben (vgl. Bundesratsentscheid vom 18.10.2000 i.S. Physiotherapietarife Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden (RKUV 5/2001 456), bestätigt im Bundesratsentscheid vom 19.12.2001 i.S. Spitaltarif Zürich (RKUV 4/2002, 309)), ist im Übrigen in der Praxis gut verankert (z.B. TARMED, Tarife im Pflegeheimbereich und Änderungen von Spitalvergütungssystemen).

Absatz 1 Buchstabe d): Mit diesem Grundsatz sollen primär unbegründete Mengenausweitungen vermieden werden. Die Tarife in einem bestimmten Leistungsbereich sind daher im Kantonsvergleich zu betrachten und dürfen nicht zu höheren Kosten in diesem Bereich führen. Die in Artikel 32 KVG festgehaltenen Grundvoraussetzungen zur Kostenübernahme, wonach Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen bilden auch für diesen Tarifgrundsatz *Bst. d* die Basis.

Zudem impliziert der in Artikel 46 Absatz 4 KVG festgehaltene Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit, dass nur ein für das Gesamtsystem tragbarer Tarif als „billig“ gelten kann.

Absatz 2 (Tarifpflege): Mit diesem Absatz wird die Anpassung der Tarife, d.h. die Tarifpflege umschrieben. Damit die in Absatz 1 enthaltenen Grundsätze auch nach dem Zeitpunkt der Genehmigung erfüllt werden, ist eine regelmässige Überprüfung notwendig, die primär Aufgabe der Tarifpartner ist. Es geht z.B. darum, festzuhalten, dass bei allfälligen Produktivitätsgewinnen, d.h. realisierten Kostenreduktionen, die Tarife gesenkt werden müssen.

Absatz 3 (Tariffestsetzung): Wie eingangs erwähnt sind die Grundsätze des Gesetzes und damit die vorliegenden Bestimmungen auch bei Tariffestsetzungen im vertragslosen Zustand anwendbar.

23 Medikamente (Art. 73 Abs. 2: Gesamtlimitierungen)

Das geltende Recht sieht vor, dass die Aufnahme in eine Liste unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen kann. Eine Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen. Der sachliche Geltungsbereich dieser Bestimmung umfasst gemäss Verordnungssystematik die Spezialitätenliste (SL), die Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) und die Analysenliste (AL).

Nicht zuletzt die Diskussionen in der Eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK), welche das BAG im Zusammenhang mit der Aufnahme von Medikamenten in die Spezialitätenliste (SL) berät, haben gezeigt, dass es aus Gründen der Transparenz, der Klarheit und der Rechtsgleichheit sinnvoll sein kann, alle SL-Präparate einer therapeutischen Gruppe einer einheitlichen Limitation zu unterstellen. Bereits in der Vergangenheit wurden einzelnen therapeutischen Gruppen der SL (z.B. Anaesthetica) Gesamtlimitationen vorangestellt.

24 Prämienbezahlung und Folgen des Zahlungsverzugs (Art. 90; 105a ff)

Mit Artikel 64a wurde per 1. Januar 2006 eine formell-gesetzliche Grundlage für die Prämienzahlungspflicht und die Folgen des Zahlungsverzugs ins KVG aufgenommen. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber das bis zu diesem Zeitpunkt ausschliesslich in Artikel 90 KVV geregelte Recht hinsichtlich der Folgen des Zahlungsverzugs revidiert. Aufgrund des neuen Gesetzesartikels wurde per 1. Januar 2006 auch Artikel 90 KVV angepasst. Die Neuregelung wurde von Beginn weg von verschiedenen Seiten kritisiert. Am revidierten Artikel 90 KVV wurde im Wesentlichen beanstandet, es fehlen Fristen für das Mahn- und Betreibungsverfahren sowie Ausführungsbestimmungen zum Vorgehen bei einem Aufschub der Übernahme der Kosten für Leistungen. Weitere Kritik galt der Bestimmung mit der Verrechnung von Leistungen mit Prämien. Zusätzlich musste festgestellt werden, dass infolge des Aufschubs von Kostenübernahmen Versicherten die ärztlich verschriebenen Medikamente und weitere medizinisch indizierte Behandlungen verweigert werden, was gegen eines der Ziele des KVG, den Zugang aller zu den Leistungen des Gesetzes, verstösst. Offensichtlich bestehen Umsetzungsprobleme in der Praxis, die bereits nach einem Jahr eine weitere Revision von Artikel 90 KVV erfordern. Dem Anliegen, das Vorgehen bei Zahlungsverzug ausführlicher zu regeln, wird nachgekommen, was zur Folge hat, dass nicht mehr alle Bestimmungen in Artikel 90 festgehalten werden können. Vorgeschlagen wird neben einer materiellen auch eine strukturelle Anpassung des geltenden Artikels 90.

Prämienbezahlung (Art. 90)

Artikel 90 regelt nur noch die Prämienbezahlung.

Die übrigen Absätze über Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen werden – teilweise geändert und ergänzt – in den neuen Artikeln 105a-105d geregelt.

Verzugszins (Art. 105a)

Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien (bisher Art. 90 Abs. 2) ist neu in Art. 105a KVV geregelt.

Mahn- und Betreibungsverfahren (Art. 105b)

In Absatz 1 wird neu eine Frist für das Mahnverfahren für alle Versicherer verbindlich festgelegt.

Absatz 2 enthält entsprechend für die Anhebung der Betreibung eine verbindliche Frist.

Absatz 3 erfährt mit den Begriffen „Mahn- und Bearbeitungsgebühren“ anstelle von „Mahn- oder Umtriebsspesen“ eine leichte redaktionelle und terminologische Anpassung. Das EVG hat in konkreten Einzelfällen Mahn- und Bearbeitungsgebühren von insgesamt Fr. 300.00 bzw. Fr. 190.00 angesichts der konkreten Umstände und im Sinne von Grenzfällen als betragsmässig angemessen betrachtet. Mit den vorgenommenen Präzisierungen sollen Unsicherheiten, die sich in der Praxis gezeigt haben, ausgeräumt werden.

Aufschub der Übernahme der Kosten für Leistungen (Art. 105c)

Im Sinne einer Ausführungsbestimmung zu Artikel 64a Absatz 2 KVG klärt dieser neue Artikel 105c diverse Fragen, die in der Praxis betreffend den Aufschub der Übernahme der Kosten für Leistungen aufgetreten sind. Er beinhaltet insbesondere auch die Möglichkeit, bei Vorliegen einer Garantie des Kantons für die Übernahme uneinbringlicher Ausstände von zahlungsunfähigen Versicherten auf den Aufschub der Kostenübernahme zu verzichten.

Absatz 1: regelt den Zeitpunkt ab welchem die Kostenübernahme für Leistungen aufgeschoben werden, sowie den formellen Beginn des Aufschubs, dabei handelt es sich um das Datum der Mitteilung des Aufschubs. Der Aufschub der Übernahme der Kosten für Leistungen ist auch im System des Tiers payant anzuwenden.

Absatz 2: Artikel 64a Absatz 3 KVG hält fest, dass die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubs am Ende des Aufschubs zu übernehmen sind. Ein Aufschub endet immer erst, wenn sämtliche Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen, welche Gegenstand von Fortsetzungsverfahren waren, sowie die angefallenen Betreuungskosten vollständig bezahlt sind. Weiterhin ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen, die z.B. erst gemahnt wurden, stehen der Beendigung eines Aufschubs und der Übernahme der Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubs nicht entgegen. Diese Regelung lehnt sich teilweise an ein Urteil des EVG (BGE 129 V 455) an, welches vor der Verabschiedung von Artikel 64a KVG gefällt wurde.

Absatz 3: Für die Kantone ist es nützlich, wenn sie rasch über Verlustscheine, die den Versicherern vorliegen, in Kenntnis gesetzt werden. Es rechtfertigt sich deshalb, die Versicherer zu dieser Benachrichtigung zu verpflichten.

Absatz 4: Den Versicherern wird nun die Verrechnung von Versicherungsleistungen mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen während der Zeit des Aufschubs der Übernahme der Kosten für Leistungen untersagt. Einerseits um zu verhindern, dass die Versicherer die Kosten sowohl über die Verrechnung wie auch über die Rückerstattung durch den Kanton eintreiben, andererseits würde sie einseitig die Leistungserbringer belasten, deren Rechnungen unbezahlt blieben.

Absatz 5: Die Bestimmung entspricht weitgehend dem aktuell geltenden Artikel 90 Absatz 7 KVV betreffend den Wechsel des Versicherers wenn ein Aufschub vorliegt.

Absatz 6: Diese neue Bestimmung hält fest, unter welchen Voraussetzungen auf einen Aufschub der Übernahme der Kosten für Leistungen verzichtet werden kann. Um die Kantone von administrativen Aufgaben des zum Teil als für zu aufwändig gehaltenen Verfahrens zu entlasten und vor allem um zu verhindern, dass Versicherten Leistungen verweigert werden, wird den Kantonen die Möglichkeit gegeben das Aufschubverfahren anders zu regeln. Unter der Voraussetzung, dass ein Kanton die Übernahme uneinbringlicher Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten von zahlungsunfähigen Versicherten garantiert – denkbar sind kantonale Vorschriften und vertragliche Regelungen –, soll ihm erlaubt sein, mit einem Versicherer oder mehreren Versicherern zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen auf das Aufschieben von Kostenübernahmen verzichtet wird.

Absatz 7: Diese Bestimmung ergänzt den Absatz 6, welcher verhindern soll, dass die medizinische Versorgung den zahlungsunfähigen Versicherten nach der Aussprache eines Aufschubs der Übernahme der Kosten für Leistungen, vorenthalten wird.

Neben den in Absatz 6 vorgesehenen Fällen gibt es eine Minderheit von Personen, denen die notwendige medizinische Versorgung in bestimmten Fällen vorenthalten bleibt, weil die Bezahlung der Prämien oder die der Kostenbeteiligung ausstehend ist. Eine Lösung die eine Verpflichtung der Leistungserbringer Leistungen zu erbringen vorsehen würde, ist wahrscheinlich weder realistisch noch durchführbar. Es ist somit an den Kantonen für die Einhaltung der Gesundheitsversorgung für alle, so wie es im KVG verankert ist, zu sorgen.

Ziel der Absätze 6 und 7 ist es ein Verfahren einzusetzen, welches verhindert, dass Versicherte in einer schwierigen Situation den Zugang zur medizinischen Versorgung verweigert wird.

Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen (Art. 105d)

Die Folgen des Zahlungsverzugs für die Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen müssen auch für diese Kategorie von Versicherten geregelt werden.

Absatz 1: Gewisse für die in der Schweiz wohnhaften Versicherten vorgesehenen Bestimmungen müssen bei Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen sinngemäss angewendet werden.

Absatz 2: Die im Artikel 64a KVG vorgesehene Pflicht die Übernahme der Kosten für Leistungen aufzuschieben, ist ebenfalls für diese Versicherten anwendbar. Im Übrigen muss der Versicherer im Gegensatz zur geltenden Regelung die Gemeinsame Einrichtung KVG über den Aufschub der Übernahme der Kosten für Leistungen nicht mehr informieren. Wie bisher muss aber der zuständige aushelfende Träger am Wohnort der versicherten Person über den Aufschub benachrichtigt werden, damit dieser nicht weiterhin Leistungen ausrichtet.

Absatz 3: Die Voraussetzungen für die Beendigung des Aufschubs sind damit, wie in Artikel 105c Absatz 2 für die Versicherten mit Wohnort in der Schweiz, klar definiert: Unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen, die noch nicht erfolglos (d.h. nach Ablauf der Nachfrist von 30 Tagen) gemahnt sind, stehen der Beendigung eines Aufschubs nicht entgegen.

Übergangsbestimmung

Die Anwendung des neuen Artikels 105b Absätze 1 und 2 wird beschränkt auf die Prämien ab dem 1. Januar 2007 und die Kostenbeteiligungen, die an Leistungen erhoben werden, welche nach dem 1. Januar 2007 erbracht worden sind. Für Vollstreckungsverfahren, welche nach dem 1. Januar 2007 für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen von früheren Jahren durchgeführt werden, gilt das frühere Recht.

3 Inkrafttreten

Die Änderungen der KVV sollen am 1. Januar 2007 in Kraft treten.