



CH-3003 Bern
BAG

An die Kantonsregierungen und
die für die Kontrolle der Versicherungspflicht
zuständigen kantonalen Stellen

Referenz/Aktenzeichen: 515.0000-2/6
Unser Zeichen: PHE / SIL
Bern, den 14. Dezember 2018

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne informieren wir Sie über folgende Themen:

1	Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und der Verordnung über die Krankenversicherung auf den 1. Januar 2019	2
2	Weitere Verordnungsänderungen auf den 1. Januar 2019	3
3	Neue internationale Sozialversicherungsabkommen.....	4
4	Brexit	5

1 Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und der Verordnung über die Krankenversicherung auf den 1. Januar 2019

Am 15. November 2017 hat der Bundesrat eine Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) verabschiedet, die unter anderem die vom Parlament am 30. September 2016 beschlossene Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) "Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug" umsetzt. Die meisten Bestimmungen dieser Revisionen sind bereits seit dem 1. Januar 2018 in Kraft. Darüber wurden Sie mit unserem Schreiben vom 13. Dezember 2017 informiert. Die nachfolgenden Bestimmungen, welche die Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind (EU-Versicherte), betreffen, werden erst auf den 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Ab dem 1. Januar 2019 müssen die Kantone bei stationären Behandlungen in der Schweiz auch bei den EU-Versicherten den kantonalen Anteil (mindestens 55%) übernehmen, wie dies bei den in der Schweiz wohnhaften Versicherten der Fall ist (Art. 41 Abs. 2^{bis} und 2^{ter}, 49a Abs. 2 Bst. b, 2^{bis} und 3^{bis} und 79a KVG). Die Versicherer übernehmen die restlichen Kosten.

Für die Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen, die nichterwerbstätigen Familienangehörigen von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern in der Schweiz und die Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihre Familienangehörigen wird in Artikel 41 Absatz 2^{bis} KVG geregelt, dass derjenige Kanton, an den die Versicherten einen Anknüpfungspunkt haben, den kantonalen Anteil übernehmen muss. Es sind die gleichen Kantone zuständig, wie bei der Prämienverbilligung durch die Kantone für diese EU-Versicherten gestützt auf Artikel 65a KVG, der bereits seit dem 1. Juni 2002 in Kraft ist. Der Kanton, in dem die erwerbstätige Person ihren Wohnort oder, wenn sie in einem EU- oder EFTA-Staat wohnt, ihren Arbeitsort hat, ist sowohl für die erwerbstätige Person als auch für deren Familienangehörige zuständig. Bei den Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörigen ist der Kanton am letzten Wohn- oder Arbeitsort der arbeitslosen Person zuständig.

Bei den Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen haben die Kantone gemeinsam den vom Standortkanton des Spitals festgelegten kantonalen Anteil, der auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt wird, zu übernehmen (Art. 41 Abs. 2^{ter} und 49a Abs. 3^{bis} KVG). Damit diese Gesetzesbestimmungen umgesetzt werden können, wurde auf Verordnungsstufe ein einfaches Verfahren über die gemeinsame Einrichtung (GE) eingeführt (Art. 19a, 22 Abs. 3 Bst. d und 3^{bis} und 36b Abs. 2 KVV). Es sieht vor, dass die Krankenversicherer dem Spital den kantonalen Anteil vorleisten. Danach reichen sie ihre Forderungen der GE ein, welche die Beträge der einzelnen Kantone ermittelt und bei ihnen einfordert und anschliessend die Forderungen der Versicherer begleicht. Die GE hat für die Umsetzung in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den Krankenversicherern das «Reglement über die Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone bei Spitalbehandlungen von Rentnerinnen und Rentnern, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen sowie deren Familienangehörige» erlassen.

Zudem wird bei den EU-Versicherten neu explizit geregelt, dass sie bei einer stationären Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen können (Art. 41 Abs. 2 KVG). Bei den Grenzgängerinnen und Grenzgängern und ihren Familienangehörigen, den nichterwerbstätigen Familienangehörigen von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern in der Schweiz und den Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihren Familienangehörigen wird höchstens der Tarif des Erwerbskantons übernommen (Art. 41 Abs. 2^{bis} KVG). Bei den Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen hat der Bundesrat dafür den Kanton Bern als Referenzkanton festgelegt (Art. 41 Abs. 2^{ter} KVG und Art. 36b Abs. 1 KVV).

Der neue Artikel 37 KVV entspricht materiell der bisherigen Bestimmung von Artikel 37 Buchstabe b

KVV. Danach hat bei Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, dort über die gesetzliche Krankenversicherung versichert sind und für Behandlungen in der Schweiz Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben, der ausländische Krankenversicherer die vollen Spalkosten zu übernehmen.

Bei den Entsandten (Art. 4 KVV) und Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Art. 5 KVV), die ihren Wohnsitz ins Ausland (innerhalb und ausserhalb EU/EFTA) verlegen, müssen die Krankenversicherer bei Spalkbehandlungen in der Schweiz auch den kantonalen Anteil übernehmen.

Sie finden diese Änderungen unter:

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Anpassungen von Bestimmungen mit internationalem Bezug: <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2017/6717.pdf>)

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV): <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2017/6723.pdf>

Erläuterungen zur KVV: <https://www.bag.admin.ch> > Versicherungen > Krankenversicherung > laufende Revisionsprojekte > KVG- und KVV-Änderungen insbesondere von Bestimmungen mit internationalem Bezug.

2 Weitere Verordnungsänderungen auf den 1. Januar 2019

2.1 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 14. September 2018 verabschiedet und wird per 1. Januar 2019 in Kraft treten (AS 2018 1846, <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2018/3749.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 August 2018 durch die kantonalen Behörden genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2018 in Kraft getreten sind oder per 1. Januar 2019 in Kraft treten werden.

2.2 Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2019 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen

Wie in den Vorjahren hat das EDI diese Verordnung (SR 832.112.51) für das Jahr 2019 mit Inkrafttreten auf den 1. Januar 2019 erlassen. Der Verordnungstext wurde den Kantonsregierungen per Mail zugeschickt. Sie finden ihn auch in der Amtlichen Sammlung (AS 2018 4685).

2.3 Verordnung über den Risikoausgleich

Die Bundesversammlung hat am 17. März 2017 eine Entlastung der jungen Erwachsenen im Risikoausgleich beschlossen. Am 11. April 2018 hat der Bundesrat in der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) die Berechnungsformel für den Risikoausgleich entsprechend angepasst und das Inkrafttreten der Gesetzesänderung auf den 1. Januar 2019 festgelegt. Den Versicherern war es damit möglich, die jungen Erwachsenen bereits ab 1. Januar 2019 zu entlasten.

Die letztmalige Berechnung des Risikoausgleichs mit dem Indikator «Arzneimittelkosten über 5000 Franken im Vorjahr» wird im Jahr 2020 für den Risikoausgleich 2019 stattfinden.

Im Hinblick auf den Einbezug des Indikators «pharmazeutische Kostengruppen (PCG)» in den Risiko-

ausgleich weisen wir Sie auf Folgendes hin:

- Die erste ordentliche Berechnung des Risikoausgleichs mit PCG wird im Jahr 2021 für den Risikoausgleich 2020 stattfinden.
- Im zweiten Halbjahr 2019 wird das EDI die Verordnung über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung mit der Liste der pharmazeutischen Kostengruppen (PCG-Liste) im Anhang erlassen. In der EDI-Verordnung werden die Hierarchisierungen unter den PCG und die Mindestanzahl Tagesdosen (DDD), die erreicht sein muss, damit eine versicherte Person in eine PCG eingeteilt wird, festgelegt. Zudem wird in der Verordnung die Berechnung des Teuerungsfaktors festgelegt. Das EDI plant, der GE, den Versichererverbänden und der Arzneimittelkommission im Frühling 2019 anlässlich einer eingeschränkten informellen Anhörung den Entwurf der Verordnung und der PCG-Liste zuzustellen und ihnen die Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben. Die Arzneimittel auf der PCG-Liste werden vor der ersten ordentlichen Berechnung nochmals aktualisiert.
- In Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) plant die GE, in der ersten Hälfte des Jahres 2019 einen zweiten Probelauf mit einer – wie für den ordentlichen Risikoausgleich verlangt – prospektiven Berechnung durchzuführen. Mit diesem Probelauf wird das Ausgleichsjahr 2018 simuliert. Massgebend sind die Versichertenbestände des Jahres 2018 sowie die Leistungen des Jahres 2017. Dies bedeutet, dass bei den Versicherern als Voraussetzung für die Teilnahme am zweiten Probelauf die benötigten Arzneimittelleistungen bereits für das Jahr 2016 mit GTIN oder Pharmacode codiert sein müssen. Die GE benötigt die Datenlieferung der Versicherer bis zum 22. März 2019 und beabsichtigt, den Versicherern die Resultate des zweiten Probelaufs spätestens am 26. April 2019 zur Verfügung zu stellen. Weitere Informationen werden die Versicherer von der GE erhalten. Das BAG empfiehlt allen Versicherern, am Probelauf teilzunehmen.

3 Neue internationale Sozialversicherungsabkommen

Die Schweiz hat folgende Abkommen im Bereich der sozialen Sicherheit abgeschlossen:

Das Abkommen mit der Volksrepublik China ist am 19. Juni 2017 in Kraft getreten (SR 0.831.109.249.1). Es gilt für die Bereiche AHV und IV, auf die Krankenversicherung hat es nur eine indirekte Wirkung. Die Entsendedauer beträgt 6 Jahre.

Das Abkommen mit Serbien und das Abkommen mit Montenegro (Bundesblatt 2018 1153) werden am 1. Januar 2019 in Kraft treten. Beide Abkommen betreffen die Bereiche AHV und IV und haben nur eine indirekte Wirkung auf die Krankenversicherung. Die Entsendedauer beträgt 2 Jahre. Ab Inkrafttreten dieser beiden Abkommen wird das Sozialversicherungsabkommen mit dem ehemaligen Jugoslawien (SR 0.831.109.818.1) nur noch auf Bosnien und Herzegowina anwendbar sein.

Auswirkungen dieser drei Abkommen auf die Krankenversicherung:

Bei entsandten Arbeitnehmenden und ihren nichterwerbstätigen begleitenden Familienangehörigen aus der Schweiz in diese Vertragsstaaten entspricht die Weiterdauer der Krankenversicherung in der Schweiz der Dauer der Entsendung nach dem jeweiligen Abkommen (Art. 4 Abs. 4 KVV). Sind diese Personen im Land der vorübergehenden Tätigkeit obligatorisch krankenversichert, können sie auf Besuch hin von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden (Art. 2 Abs. 2 KVV).

Aus diesen Vertragsstaaten 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.

4 Brexit

United Kingdom wird voraussichtlich auf den 29. März 2019 aus der EU austreten. Es ist zurzeit noch offen, wie die künftigen Regelungen in Bezug auf die Koordination der Sozialversicherungen aussehen werden. Hiermit möchten wir Ihnen mitteilen, dass wir Sie wahrscheinlich erst ganz kurzfristig über die konkreten Folgen des Austritts informieren können.

Wir danken Ihnen für die angenehme Zusammenarbeit im 2018 und senden Ihnen unsere besten Wünsche für das neue Jahr!

Freundliche Grüße

Abteilung Versicherungsaufsicht

Die Leiterin



Helga Portmann