



CH-3003 Bern, BAG **A-Priority**

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

Referenz/Aktenzeichen: 515.0000-2/796150/  
Ihr Zeichen:  
Unser Zeichen: PHE / Mad  
Bern, 7. Dezember 2011

## **Informationen zu Verordnungsänderungen und dem Prämienrechner Berechnung des Spitalkostenbeitrags**

Sehr geehrte Damen und Herren

### **1 Risikobasierte Reserven**

Am 22. Juni 2011 hat der Bundesrat eine Änderung der KVV verabschiedet, mittels welcher für die sozialen Krankenversicherer per 1. Januar 2012 ein risikobasiertes Reservensystem eingeführt werden soll. Die Krankenversicherer müssen ihre Risiken und daraus folgend die Mindesthöhe ihrer Reserven selbst bestimmen. Die Grundzüge für diese Berechnungen befinden sich in den neuen Artikeln 78 – 78c KVV. Die technischen Details, wie insbesondere die Bewertungsgrundsätze für die Aktiven und für die Verpflichtungen sowie Ausführungen zu den relevanten Risiken, sind in der Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung vom 18. Oktober 2011 (ResV-EDI; SR 832.102.15), die am 1. Januar 2012 in Kraft treten wird, genauer spezifiziert.

Ab 1. Januar 2012 werden die vorhandenen Reserven der KVG-Versicherer somit aufgrund eines Solvenztests beurteilt. Der KVG-Solvenztest basiert auf einem elektronischen Formular, das auf der Homepage des BAG unter [www.bag.admin.ch/solvenzttest](http://www.bag.admin.ch/solvenzttest) publiziert ist. Massgebend für das Berichtsjahr 2012 ist die Version vom 1. Dezember 2011. Die Verwendung dieses Dokuments als Grundlage für die Berichterstattung ist für alle Krankenversicherer verbindlich (Art. 8 ResV-EDI). Der Bericht über den Solvenztest ist dem BAG zusammen mit dem elektronischen Formular bis zum 30. April des Berichtsjahres einzureichen (Art. 9 ResV-EDI). Gesuche um eine Erstreckung dieser Frist um maximal zwei Monate, wie es Art. 10 ResV-EDI für die Jahre 2012 bis 2014 vorsieht, sind bis spätestens 31. März einzureichen.

Erfüllt ein Versicherer die Reserveanforderungen, die sich aus dem Solvenzttest ergeben, per 1. Januar 2012 nicht, hat er fünf Jahre Zeit, um das notwendige Kapital aufzubauen (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur KVV-Änderung vom 22. Juni 2011). Die bis anhin geltenden minimalen Sicherheitsreserven von, je nach Anzahl Versicherten, 10 %, 15 % oder 20 % des Prämiensolls sind jedoch solange zu gewährleisten, bis die im KVG-Solvenzttest berechnete Mindesthöhe der Reserven erreicht ist. Bis zum Erreichen der Mindesthöhe der Reserven mit der risikobasierten Berechnungsweise bleibt auch die Pflicht zum Abschluss einer Rückversicherung bei Versicherern mit weniger als 50 000 Versicherten in der OKP bestehen.

Die Publikation der Aufsichtsdaten (Daten nach individuellem Versicherer), die jeweils im September erfolgt, wird im September 2012 die vorhandenen Reserven per 31. Dezember 2011 sowie die bisherigen Reservevorschriften, die am 31. Dezember 2011 gültig sind, umfassen. Im September 2013 werden voraussichtlich die vorhandenen Reserven per 1. Januar 2013 sowie die Mindesthöhe der Reserven gemäss den versicherungsindividuellen Ergebnissen des Solvenzttests für das Berichtsjahr 2013 publiziert.

## **2 Änderung der KVV und der VORA im Zusammenhang mit der 3. Aktualisierung des Anhangs II zum Freizügigkeitsabkommen Schweiz - EU vom 2. November 2011**

### **2.1 Allgemeines**

Die Unterlagen zu dieser Revision (Bestimmungen und Kommentare) finden Sie unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch), unter Aktuell, unter Medieninformationen, unter 2. November 2011.

### **2.2 Revision der KVV**

In einigen Bestimmungen wurde lediglich der Ausdruck „Europäische Gemeinschaft“ durch „Europäische Union“ ersetzt.

Die nachfolgenden Bestimmungen wurden geändert, weil neu in den meisten Staaten und auch in der Schweiz die Erstattungen zwischen dem aushelfenden und dem zuständigen Träger nur noch über die effektiven Kosten und nicht mehr über Pauschalen erfolgen. In Artikel 19 Absatz 2 KVV konnte deshalb der bisherige Buchstabe b gestrichen werden. In Artikel 92b Absatz 3 KVV wird geregelt, was die Krankenversicherer bei der Festlegung der Prämien zu berücksichtigen haben. Die bisherige Unterscheidung der Versicherten in solche, bei denen die Rückvergütung der Leistungen nach Pauschalen und in solche, bei denen sie nach effektiven Kosten erfolgte, konnte aufgehoben werden. Bei denjenigen Staaten, die weiterhin Pauschalen erheben, decken sie nur noch die medizinischen Behandlungen im Wohnstaat ab. Nach dem revidierten Artikel 92c KVV müssen die Krankenversicherer neu nur noch nach Mitgliedstaat der Europäischen Union, nach Island und Norwegen getrennt Rechnung führen.

Entgegen der Vorlage, die in die Anhörung geschickt wurde, wurde Artikel 37 KVV materiell nicht geändert. Die Krankenversicherer müssen bei allen Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind, bei Spitalbehandlungen in der Schweiz die Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes übernehmen. Bei diesen Versicherten müssen die Kantone den kantonalen Anteil nicht übernehmen.

Bei Entsandten und Personen im öffentlichen Dienst in Drittstaaten (nicht EU-/EFTA-Staaten) können die Krankenversicherer gestützt auf Artikel 91 Absatz 2 KVV die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden regional nach ihrem Wohnort abstufen. Die Krankenversicherer machen aber von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch. Sie erheben bei diesen Versicherten in der Regel die Schweizer Prämien. Neu wird in der Bestimmung explizit geregelt, dass die Krankenversicherer diejenigen

schweizerischen Prämien anzuwenden haben, die am letzten Wohnort der Person in der Schweiz oder am Sitz des Versicherers gelten.

Artikel 101a Absatz 2 KVV wurde gestrichen. Neu können alle Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind, keine besonderen Versicherungsformen abschliessen.

Artikel 103 Absatz 7 KVV musste geändert werden, weil nach dem neuen europäischen Koordinationsrecht alle Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind, das Behandlungswahlrecht haben, d.h. sie können sich wahlweise in ihrem Wohnstaat und in der Schweiz behandeln lassen. Deshalb haben diese Versicherten für medizinische Behandlungen in der Schweiz die volle Kostenbeteiligung nach schweizerischem Recht zu bezahlen.

Das Inkrafttretensdatum dieser KVV-Revision ist noch nicht bekannt. Sie tritt gleichzeitig mit der Änderung von Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen in Kraft. Sobald das Datum bekannt ist, werden wir die Krankenversicherer informieren.

### **2.3 Revision der VORA**

Die Revision von Artikel 4 Absatz 2, 2bis Buchstabe b, d und e sowie Absatz 3 der VORA hat zur Folge, dass alle in der Schweiz versicherten Personen, die im Ausland wohnen, nicht mehr in die massgebenden Versichertenbestände eines Versicherers im Risikoausgleich eingerechnet werden. Die VORA-Revision tritt erst am 1. Januar 2013 in Kraft.

## **3 Empfehlung zur Berechnung des Spitalkostenbeitrags (Art. 104 KVV)**

Die Versicherten leisten einen täglichen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital (Art. 104 Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, KVV). Nachdem wir mit *santésuisse* besprochen haben, wie dieser Beitrag zweckmässig berechnet werden soll, empfehlen wir Ihnen, ihn nach Kalendertagen zu erheben. Dabei soll unerheblich sein, ob die versicherte Person im Spital gepflegt wird.

Das heisst, dass zum Beispiel eine versicherte Person, die vor Mitternacht in ein Spital eintritt und dieses frühmorgens wieder verlässt, zwei Spitalkostenbeiträge bezahlt. Ebenso schlagen wir Ihnen vor, den Beitrag zu erheben, wenn die versicherte Person wegen eines Urlaubs tagsüber nicht im Spital weilt.

Zudem gehen wir davon aus, dass je Kalendertag nur ein Beitrag erhoben werden kann, auch wenn die versicherte Person von einem Spital in ein anderes verlegt wird.

In anderen Bereichen (Risikoausgleich, Spitalfinanzierung, Spitalstatistik...) wird die Aufenthaltsdauer im Spital aufgrund anderer Rechtsgrundlagen anders umschrieben und somit anders berechnet. Zum Beispiel werden für einen Spitalaufenthalt von Montag 20 Uhr bis Donnerstag 9 Uhr drei Nächte gemäss Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) berechnet, jedoch vier Spitalkostenbeiträge erhoben.

#### 4 Prämienrechner

Der Prämienrechner wurde dieses Jahr, teilweise in Zusammenarbeit mit den Versicherern, ausgebaut. Wir möchten es deshalb nicht unterlassen, Ihnen die Medienmitteilung zuzustellen, die wir in diesem Zusammenhang publiziert haben.

Freundliche Grüsse

Abteilung Versicherungsaufsicht  
Die Leiterin



Helga Portmann

Beilage: Medienmitteilung