

# Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Änderung vom 27. Juni 2007

---

*Der Schweizerische Bundesrat  
verordnet:*

I

Die Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>1</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

*Art. 7 Abs. 5*

<sup>5</sup> Asylsuchende sowie Schutzbedürftige sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Zuweisung an die Kantone nach Artikel 27 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998<sup>2</sup> zu versichern. Vorläufig Aufgenommene sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Verfügung der vorläufigen Aufnahme zu versichern. Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Einreichung des Asylgesuchs oder der Anordnung der vorläufigen Aufnahme oder der Gewährung vorübergehenden Schutzes. Sie endet am Tag, an dem diese Personen die Schweiz nachgewiesenermassen verlassen haben oder mit ihrem Tod.

*Art. 37a*            Beratende Kommissionen

Beratende Kommissionen nach Artikel 33 Absatz 4 des Gesetzes sind:

- a. die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (Leistungs- und Grundsatzkommission);
- b. die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (Analysen-, Mittel- und Gegenstandekommission);
- c. die Eidgenössische Arzneimittelkommission.

*Art. 37c*

*Aufgehoben*

<sup>1</sup> SR 832.102

<sup>2</sup> SR 142.31

*Art. 37d* Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen

<sup>1</sup> Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen berät das Departement bei der Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 33, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4 sowie bei der Beurteilung von Grundsatzfragen in der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der ethischen Aspekte bei der Leistungsbezeichnung.

<sup>2</sup> Sie hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

- a. Definition von Grundsätzen im Leistungsbereich sowie Beratung und Vorschlag von Ordnungsbestimmungen zu Grundsätzen im Leistungsbereich;
- b. Festsetzung von Grundsätzen, damit der Datenschutz und die Interessen der Versicherten bei der Leistungsbezeichnung in der Krankenversicherung gewahrt werden;
- c. Ausarbeitung von Kriterien für die Beurteilung von Leistungen nach Artikel 33 Absatz 3 des Gesetzes und Artikel 70.

<sup>3</sup> Sie besteht aus 20 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. sechs Personen die Ärzteschaft;
- b. eine Person die Spitäler;
- c. eine Person die Apothekerschaft; diese Person vertritt gleichzeitig auch die Arzneimittelkommission;
- d. fünf Personen die Krankenversicherer und die Unfallversicherer nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981<sup>3</sup> über die Unfallversicherung (UVG), wobei mindestens zwei Personen die Vertrauensärzteschaft vertreten;
- e. zwei Personen die Versicherten;
- f. eine Person die Kantone;
- g. eine Person die Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission;
- h. eine Person die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftlicher Experte beziehungsweise wissenschaftliche Expertein);
- i. zwei Personen die medizinische Ethik.

*Art. 37e Abs. 2*

<sup>2</sup> Sie besteht aus 20 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. vier Personen die Fakultäten der Medizin und Pharmazie (wissenschaftliche Experten und Expertinnen);
- b. drei Personen die Ärzteschaft;
- c. drei Personen die Apothekerschaft;

<sup>3</sup> SR 832.20

- d. eine Person die Spitäler;
- e. drei Personen die Krankenversicherer und die Unfallversicherer nach dem UVG<sup>4</sup>;
- f. zwei Personen die Versicherten;
- g. zwei Personen die Pharmaindustrie;
- h. eine Person die Kantone;
- i. eine Person das Schweizerische Heilmittelinstitut.

*Art. 37f Sachüberschrift, Abs. 1 und 2 Bst. f, k, l*

Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände

<sup>1</sup> Die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände berät das Departement bei der Erstellung der Analysenliste nach Artikel 34, bei der Beurteilung und Festsetzung der Vergütung von Mitteln und Gegenständen nach Artikel 33 Buchstabe e sowie bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4, die ihren Bereich betreffen.

<sup>2</sup> Sie besteht aus 19 Mitgliedern. Davon vertreten:

- f. vier Personen die Krankenversicherer und die Unfallversicherer nach dem UVG<sup>5</sup>;
- k. eine Person die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände;
- l. zwei Personen die Hersteller und Vertreiber von Mitteln und Gegenständen.

*Art. 37g*

*Aufgehoben*

*Art. 59 Abs. 5*

<sup>5</sup> Haben Versicherer und Leistungserbringer vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des *Tiers payant*), so hat der Leistungserbringer der versicherten Person die Kopie der Rechnung nach Artikel 42 Absatz 3 des Gesetzes zukommen zu lassen. Er kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass dieser die Rechnungskopie zustellt.

*Art. 59c* Tarifgestaltung

<sup>1</sup> Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:

- a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.

<sup>4</sup> SR 832.20

<sup>5</sup> SR 832.20

- b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.
- c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Absatz 1 Buchstaben a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.

<sup>3</sup> Die zuständige Behörde wendet die Absätze 1 und 2 bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 oder 48 des Gesetzes sinngemäss an.

*Art. 65a* Überprüfung der Aufnahmebedingungen innert 36 Monaten

Das BAG überprüft Originalpräparate innert 36 Monaten nach der Aufnahme in die Spezialitätenliste auf ihre Wirtschaftlichkeit.

*Art. 69a*

*Aufgehoben*

*Art. 72 Bst. e*

Im Bulletin des BAG werden veröffentlicht:

- e. Änderungen der Mittel- und Gegenständeliste (Art. 33 Bst. e), die ausserhalb der jährlichen Publikationen wirksam werden.

*Art. 85 Abs. 1*

<sup>1</sup> Die Versicherer haben dem BAG bis zum 31. März des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres die Bilanz, die Betriebsrechnung und einen Bericht zum abgeschlossenen Geschäftsjahr einzureichen. Der Beschluss des zuständigen Organs des Versicherers über die Genehmigung der Rechnung kann spätestens bis zum 30. Juni nachgereicht werden.

*Art. 88 Abs. 2*

<sup>2</sup> Zwei vollständige und übereinstimmende Exemplare jedes Berichtes sind dem zuständigen Organ des Versicherers sowie dem BAG im Original einzureichen. Der Bericht über die jährliche Revision ist bis zum 31. Mai des folgenden Jahres, die Berichte über die Zwischenrevisionen sind innert drei Monaten seit der Durchführung der Kontrollen einzureichen.

*Art. 90* Prämienbezahlung

Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen.

*Gliederungstitel vor Art. 105a***3a. Abschnitt: Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen***Art. 105a*      Verzugszins

Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG beträgt 5 Prozent im Jahr.

*Art. 105b*      Mahn- und Betreibungsverfahren

<sup>1</sup> Der Versicherer muss unbezahlte fällige Prämien und Kostenbeteiligungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, nachdem er mindestens einmal an diese Ausstände erinnert hatte, getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen spätestens drei Monate ab Fälligkeit schriftlich mahnen. Mit der Mahnung muss er der versicherten Person eine Frist von 30 Tagen zur nachträglichen Erfüllung ansetzen und sie auf die Folgen der Nichtbezahlung hinweisen.

<sup>2</sup> Bezahlt die versicherte Person innerhalb der angesetzten Frist nicht, so muss der Versicherer die Forderung innerhalb von weiteren vier Monaten getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen in Betreibung setzen.

<sup>3</sup> Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht.

*Art. 105c*      Aufschub der Übernahme der Kosten für die Leistungen

<sup>1</sup> Hat der Versicherer im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt, so muss er die Rückerstattung von Kosten (System des *Tiers garant*) oder die Vergütung von Leistungen (System des *Tiers payant*) aufschieben.

<sup>2</sup> Der Aufschub beginnt am Tag seiner Mitteilung. Er gilt für jene Rechnungen, die dem Versicherer während des Aufschubs zur Rückerstattung von Kosten oder zur Vergütung von Leistungen zukommen.

<sup>3</sup> Der Aufschub endet, sobald die Prämien und Kostenbeteiligungen, die Gegenstand des Fortsetzungsbegehrens waren, sowie die angefallenen Verzugszinse und Betreibungskosten bezahlt sind.

<sup>4</sup> Der Versicherer muss die für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige kantonale Stelle über die Verlustscheine benachrichtigen, die ihm zugestellt werden. Vorbehalten bleiben kantonale Bestimmungen, die eine Meldung an eine andere Stelle vorsehen.

<sup>5</sup> Während eines Aufschubs der Kostenübernahme darf der Versicherer die Versicherungsleistungen nicht mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

<sup>6</sup> Garantiert der Kanton die Übernahme oder die pauschale Abgeltung uneinbringlicher Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten, so kann er mit einem oder mit mehreren Versicherern vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen die Versicherer auf den Aufschieb der Übernahme der Kosten verzichten.

*Art. 105d* Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit

<sup>1</sup> Säumig im Sinne von Artikel 64a Absatz 4 des Gesetzes ist die versicherte Person ab Zustellung der schriftlichen Mahnung nach Artikel 105b Absatz 1.

<sup>2</sup> Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betreuungskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.

<sup>3</sup> Sind die ausstehende Beträge nach Absatz 2 bis zum Ablauf der Kündigungsfrist beim Versicherer nicht eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes den Versicherer wechseln kann.

*Art. 105e* Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen

<sup>1</sup> Beahlt eine versicherte Person mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen die gemahnten Prämien und Kostenbeteiligungen innerhalb der angesetzten Nachfrist von 30 Tagen nicht, so muss der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben, ohne vorgängig ein Betreibungsverfahren einzuleiten. Gleichzeitig muss er die versicherte Person und den zuständigen aushelfenden Träger am Wohnort der versicherten Person informieren.

<sup>2</sup> Der Aufschieb endet, sobald die gemahnten Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die angefallenen Verzugszinse bezahlt sind.

<sup>3</sup> Der Versicherer darf während eines Aufschiebs der Übernahme der Kosten die Versicherungsleistungen mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

*Art. 108a* Prämienbezahlung, Verzugs- und Vergütungszinsen

Die Artikel 90, 90a, und 105a sind sinngemäss anwendbar.

## II

*Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. April 2006, Absatz 4  
Aufgehoben*

*Übergangsbestimmung vom 27. Juni 2007*

<sup>1</sup> Für Originalpräparate, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, gilt Artikel 65a in der Fassung vom 26. April 2006<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Originalpräparate und Generika, die zwischen dem 1. Januar 1993 und dem 31. Dezember 2002 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden bis zum 30. Juni 2008 daraufhin überprüft, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Das Departement legt das Verfahren der Überprüfung fest.

<sup>3</sup> Artikel 66 gilt auch für Arzneimittel, die vor dem 10. Mai 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden.

<sup>4</sup> Für Prämien, die vor dem 1. August 2007 fällig wurden, und Kostenbeteiligungen an Leistungen, die vor dem 1. August 2007 erbracht wurden, ist Artikel 105b Absätze 1 und 2 nicht anwendbar.

<sup>5</sup> Bei am 1. August 2007 bestehenden Aufschüben von Kostenübernahmen für Leistungen ist Artikel 105c Absatz 2 nicht anwendbar.

<sup>6</sup> Unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreuungskosten, die vor dem 1. Januar 2006 angefallen sind, verhindern einen Wechsel des Versicherers nicht.

## III

<sup>1</sup> Diese Änderung tritt unter Vorbehalt von Absatz 2 am 1. August 2007 in Kraft.

<sup>2</sup> Artikel 7 Absatz 5, 37a, 37c–g, 85 Absatz 1 und 88 Absatz 2 treten am 1. Januar 2008 in Kraft.

27. Juni 2007

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Die Bundespräsidentin: Micheline Calmy-Rey

Die Bundeskanzlerin: Annemarie Huber-Hotz

