santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

santésuisse | Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Solothurn, 4. März 2024

Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) - Versicherung für Inhaftierte Personen; Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den vorgesehenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Stellung nehmen zu können.

santésuisse lehnt die vorgesehenen Regelungen zur Ausdehnung der Versicherungspflicht betreffend inhaftierte Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz entschieden ab
santésuisse ist dagegen, die Versicherungspflicht auf Personen auszudehnen, die – ausser der Tatsache ihrer Inhaftierung – überhaupt keinen Bezug zur Schweiz haben, d.h. auch hier nicht ihren Wohnsitz begründet haben. Es ist davon auszugehen, dass es mit der Unterstellung dieser Personen unter das KVG, namentlich durch die administrativen Kosten sowie durch die überdurchschnittlich hohen Leistungskosten dieser Personen, zu einer zusätzlichen Belastung des bestehenden Versichertenkollektivs kommt.

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) – Versicherung für Inhaftierte Personen

Schwierigkeiten ergeben sich bei der Unterstellung von inhaftierten Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz unter das KVG auch im Prämieninkasso. Das Eintreiben von Prämienausständen dürfte bei dieser Personengruppe praktisch unmöglich sein, insbesondere auch nach der Verbüssung der Haftstrafe, wenn diese Personen wieder in ihre Heimatländer zurückgekehrt sind.

Das einzige Ziel der Vorlage scheint es zu sein, dass die bei den Kantonen anfallenden Kosten für den Krankheitsfall inhaftierter Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz auf die OKP überwälzt werden können.

Lösung ausserhalb des KVG
Es ist zielführender, für diese spezifische Personengruppe eine Lösung ausserhalb des KVG zu suchen, zumal diese inhaftierten Personen heute nicht zum Versichertenkollektiv gehören und auch keine Anbindung zu diesem Versichertenkollektiv (beispielsweise durch einen Wohnsitz in der Schweiz) haben. Die Frage der gesundheitlichen Behandlung von Inhaftierten liesse sich auch entschärfen, wenn genug internes medizinisches Personal in den Haftanstalten vorhanden wäre. Insgesamt muss verhindert werden, dass es aufgrund von Kriminaltouristinnen und Kriminaltouristen zu einer Mehrbelastung für die Prämienzahlenden kommt.

Vorschlag zur Umsetzung der Versicherungspflicht im Falle von inhaftierten Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz
Falls die Kantone für die administrative Abwicklung der Leistungen einen Anbieter suchen, steht es ihnen offen, einen Leistungsauftrag zu vergeben und eine entsprechende Ausschreibung zu machen. Gesucht würde ein Versicherer, welcher bereit ist, schweizweit für sämtliche inhaftierte Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz die Abwicklung, die nur diesen Personen offensteht, durchzuführen. Die entstehenden Kosten müssten durch das Kollektiv der entsprechend Inhaftierten oder gegebenenfalls durch die betroffenen Kantone zu gleichen Teilen getragen werden. Die OKP-Versicherten wären davon nicht betroffen und somit auch nicht zusätzlich belastet.

Ablehnung der Zuteilung inhaftierter Personen mit oder ohne Wohnsitz in der Schweiz zu einer besonderen Versicherungsform
Nicht praktikabel ist auch der Vorschlag, dass die Kantone die Möglichkeit haben sollen, Personen in einer besonderen Versicherungsform mit geringerer Prämie zu versichern. Die mit der Wahl von besonderen Versicherungsformen einhergehenden Versicherungsbedingungen sind von allen Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern gleichermassen einzuhalten. Es zeigt sich, dass gerade im Kontext einer Inhaftierung die Umsetzung der Vorgaben herausfordernd, wenn nicht unmöglich ist. Die Idee dient letztlich einzig der Vermeidung von Prämien, aber nicht der Vermeidung von Kosten – und würde daher das Defizit zulasten der sozialen Krankenversicherung aufgrund der Versicherung Inhaftierter weiter erhöhen.

Im Sinne der Gleichbehandlung ist es den Versicherern nicht möglich, in diesem Kontext für inhaftierte Personen mit oder ohne Wohnsitz in der Schweiz eine spezielle Regelung zu definieren. Es besteht denn auch kein gesetzlicher Anspruch auf die Gewährung einer besonderen Versicherungsform. Entsprechend wären die Krankenversicherer hier gezwungen, bei Regelverstössen im Rahmen der gewählten besonderen Versicherungsformen die Leistungsvergütung zu verweigern oder die fehlbare Person ohne deren Zutun umgehend in das Standardmodell umzuteilen, verbunden mit einer höheren Prämienlast.

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) – Versicherung für Inhaftierte Personen

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	I		
	Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:		
Art. 3 Versicherungspflichtige Personen [1] Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen. [2] Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, namentlich für Personen, die im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007 mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigt sind. [3] Er kann die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, insbesondere auf solche, die: a. in der Schweiz tätig sind oder dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 Abs. 2 ATSG) haben; b. im Ausland von einem Arbeitgeber mit einem Sitz in der Schweiz beschäftigt werden.	Art. 3 Abs. 3 Bst. c [1] Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen. [2] Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, namentlich für Personen, die im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007 mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigt sind. [3] Er kann die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, insbesondere auf solche, die: a. in der Schweiz tätig sind oder dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 Abs. 2 ATSG) haben; b. im Ausland von einem Arbeitgeber mit einem Sitz in der Schweiz beschäftigt werden.		

[4] Die Versicherungspflicht wird sistiert für Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind. Der Bundesrat regelt das Verfahren.	c. in der Schweiz inhaftiert sind. [4] Die Versicherungspflicht wird sistiert für Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind. Der Bundesrat regelt das Verfahren.	~~c. in der Schweiz inhaftiert sind.~~	Da santésuisse die Vorlage entschieden ablehnt, äussern wir uns nicht detailliert zu den einzelnen zu ändernden Artikeln.
	Art. 4b Wahl des Versicherers und der Versicherungsform für inhaftierte Personen [1] Die Kantone können für inhaftierte Personen die Wahl des Versicherers und der Versicherungsform für die Dauer der Inhaftierung einschränken. Zuständig ist der Kanton, in dem die Person inhaftiert ist. [2] Sie können die Wahl der Versicherungsform insbesondere auf eine Versicherungsform einschränken, die sich ausschliesslich an inhaftierte Personen richtet. [3] Der Bundesrat kann regeln, nach welchen Kriterien die Wahl der Versicherer oder der Versicherungsform eingeschränkt werden kann.	~~**Art. 4b Wahl des Versicherers und der Versicherungsform für inhaftierte Personen**~~ ~~[1] Die Kantone können für inhaftierte Personen die Wahl des Versicherers und der Versicherungsform für die Dauer der Inhaftierung einschränken. Zuständig ist der Kanton, in dem die Person inhaftiert ist.~~ ~~[2] Sie können die Wahl der Versicherungsform insbesondere auf eine Versicherungsform einschränken, die sich ausschliesslich an inhaftierte Personen richtet.~~ ~~[3] Der Bundesrat kann regeln, nach welchen Kriterien die Wahl der Versicherer oder der Versicherungsform eingeschränkt werden kann.~~	
Art. 7 Wechsel des Versicherers	**Art. 7 Abs. 9**		

[1] Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln. [2] Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen. [3] Muss die versicherte Person einen Versicherer verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber. [4] Führt ein Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung nach Artikel 43 KVAG. [5] Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst,	[1] Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln. [2] Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen. [3] Muss die versicherte Person einen Versicherer verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber. [4] Führt ein Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung nach Artikel 43 KVAG. [5] Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst,		

wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämiendifferenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist. [6] Wenn der bisherige Versicherer den Wechsel des Versicherers verunmöglicht, hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämiendifferenz. [7] Der bisherige Versicherer darf eine versicherte Person nicht dazu zwingen, bei einem Wechsel des Versicherers auch die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 KVAG zu kündigen. [8] Der Versicherer darf einer versicherten Person die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG nicht allein aufgrund der Tatsache kündigen, dass die versicherte Person den Versicherer für die soziale Krankenversicherung wechselt.	wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämiendifferenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist. [6] Wenn der bisherige Versicherer den Wechsel des Versicherers verunmöglicht, hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämiendifferenz. [7] Der bisherige Versicherer darf eine versicherte Person nicht dazu zwingen, bei einem Wechsel des Versicherers auch die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 KVAG zu kündigen. [8] Der Versicherer darf einer versicherten Person die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG nicht allein aufgrund der Tatsache kündigen, dass die versicherte Person den Versicherer für die soziale Krankenversicherung wechselt.		

	[9] Schränkt der Kanton, in dem die Person inhaftiert ist, die Wahl des Versicherers nach Artikel 4b ein, so endet ein Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer mit der Inhaftierung. Das Versicherungsverhältnis für inhaftierte Personen endet zum Zeitpunkt, in dem die inhaftierte Person aus der Haft entlassen wird. Der Bundesrat legt fest, unter welchen Voraussetzungen bei einer Verlegung einer inhaftierten Person in einen anderen Kanton ein Wechsel des Versicherers erfolgt.	[9] ~~Schränkt der Kanton, in dem die Person inhaftiert ist, die Wahl des Versicherers nach Artikel 4b ein, so endet ein Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer mit der Inhaftierung. Das Versicherungsverhältnis für inhaftierte Personen endet zum Zeitpunkt, in dem die inhaftierte Person aus der Haft entlassen wird. Der Bundesrat legt fest, unter welchen Voraussetzungen bei einer Verlegung einer inhaftierten Person in einen anderen Kanton ein Wechsel des Versicherers erfolgt.~~	
Art. 25a Pflegeleistungen bei Krankheit [1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Für die Vergütung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für Pflegeleistungen verwendet werden, gilt Artikel 52. [2] Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens	**Art. 25a Abs. 5 dritter Satz** [1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Für die Vergütung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für Pflegeleistungen verwendet werden, gilt Artikel 52. [2] Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens		

zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen. Für die Vergütung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für die Akut- und Übergangspflege verwendet werden, gilt Artikel 52.	zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen. Für die Vergütung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für die Akut- und Übergangspflege verwendet werden, gilt Artikel 52.		
[3] Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.	[3] Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.		
[4] Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.	[4] Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.		
[5] Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzie-	[5] Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat; für inhaftierte Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ist der die In-	[5] Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat; ~~für inhaftierte Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ist der die In-~~	

rung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.	haftierung verfügende Kanton zuständig. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.	~~haftierung verfügende Kanton zuständig.~~ Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.	
Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme 1 Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt. 1bis Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der	**Art. 41 Abs. 5** 1 Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt. 1bis Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der		

Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. 1ter Absatz 1bis gilt sinngemäss für Geburtshäuser. 2 Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, können für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen. 2bis Bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, übernehmen der Versicherer und der Kanton, an den die Versicherten einen Anknüpfungspunkt haben, bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital dieses Kantons für die betreffende Behandlung gilt: a. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige; b. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen;	Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. 1ter Absatz 1bis gilt sinngemäss für Geburtshäuser. 2 Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, können für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen. 2bis Bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, übernehmen der Versicherer und der Kanton, an den die Versicherten einen Anknüpfungspunkt haben, bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital dieses Kantons für die betreffende Behandlung gilt: a. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige; b. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen;		

c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige. 2ter Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif für die betreffende Behandlung, der in einem Listenspital des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. 3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 3bis Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;	c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige. 2ter Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif für die betreffende Behandlung, der in einem Listenspital des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. 3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. 3bis Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;		

b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. 4 Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.	b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. 4 Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. 5 Die Kantone können für inhaftierte Personen die Wahl der Leistungserbringer für die Dauer der Inhaftierung einschränken. Der Bundesrat kann regeln, nach welchen Kriterien die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt werden kann.	~~5 Die Kantone können für inhaftierte Personen die Wahl der Leistungserbringer für die Dauer der Inhaftierung einschränken. Der Bundesrat kann regeln, nach welchen Kriterien die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt werden kann.~~	
Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen 1 Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und den Versicherern anteilsmässig übernommen. 2 Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil für folgende Personen: a. Versicherte, die im Kanton wohnen;	**Art. 49a Abs. 2 Bst. c und Abs. 2bis** 1 Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und den Versicherern anteilsmässig übernommen. 2 Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil für folgende Personen: a. Versicherte, die im Kanton wohnen;		

b. folgende Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, bei stationärer Behandlung in der Schweiz: 1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige, 2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen, 3. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.	b. folgende Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, bei stationärer Behandlung in der Schweiz: 1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige, 2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen, 3. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige. c. inhaftierte Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz, deren Inhaftierung der Kanton verfügt hat.	~~c. inhaftierte Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz, deren Inhaftierung der Kanton verfügt hat.~~	
2bis Der Kanton, der für die Versicherten nach Absatz 2 Buchstabe b den kantonalen Anteil übernimmt, gilt als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.	2bis Der Kanton, der für die Versicherten nach Absatz 2 Buchstaben b und c den kantonalen Anteil übernimmt, gilt als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.	2bis Der Kanton, der für die Versicherten nach Absatz 2 Buchstaben b ~~und c~~ den kantonalen Anteil übernimmt, gilt als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.	
2ter Jeder Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den kantonalen Anteil fest. Dieser muss mindestens 55 Prozent betragen.	2ter Jeder Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den kantonalen Anteil fest. Dieser muss mindestens 55 Prozent betragen.		
3 Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherer und Kanton können vereinbaren, dass der	3 Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherer und Kanton können vereinbaren, dass der		

Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Spital und Versicherer richtet sich nach Artikel 42. 3bis Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen die Kantone bei stationärer Behandlung in der Schweiz gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil. Dieser kantonale Anteil wird auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt. 4 Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nach Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Absatz 2.	Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Spital und Versicherer richtet sich nach Artikel 42. 3bis Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen die Kantone bei stationärer Behandlung in der Schweiz gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil. Dieser kantonale Anteil wird auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt. 4 Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nach Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Absatz 2.		
Art. 65 Prämienverbilligung durch die Kantone 1 Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Sie bezahlen den Beitrag für	**Art. 65 Abs. 1ter** 1 Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Sie bezahlen den Beitrag für		

die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind. Der Bundesrat kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.	die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind. Der Bundesrat kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.		
1bis Für untere und mittlere Einkommen verbilligen die Kantone die Prämien der Kinder um mindestens 80 Prozent und die Prämien der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent.	1bis Für untere und mittlere Einkommen verbilligen die Kantone die Prämien der Kinder um mindestens 80 Prozent und die Prämien der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent.		
	1ter Für inhaftierte Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ist der die Inhaftierung verfügende Kanton für die Prämienverbilligung zuständig.	~~1ter Für inhaftierte Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ist der die Inhaftierung verfügende Kanton für die Prämienverbilligung zuständig.~~	
2 Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern erfolgt nach einem einheitlichen Standard. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.	2 Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern erfolgt nach einem einheitlichen Standard. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.		
3 Die Kantone sorgen dafür, dass bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere auf Antrag der versicherten Person, die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden. Nach der Feststellung der Bezugsberechtigung sorgen die Kantone zudem dafür, dass die Auszahlung der Prämienverbilligung so erfolgt, dass die anspruchsberechtigten Personen ihrer	3 Die Kantone sorgen dafür, dass bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere auf Antrag der versicherten Person, die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden. Nach der Feststellung der Bezugsberechtigung sorgen die Kantone zudem dafür, dass die Auszahlung der Prämienverbilligung so erfolgt, dass die anspruchsberechtigten Personen ihrer		

Prämienzahlungspflicht nicht vorschussweise nachkommen müssen. 4 Die Kantone informieren die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung. 4bis Der Kanton meldet dem Versicherer die Versicherten, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, und die Höhe der Verbilligung so früh, dass der Versicherer die Prämienverbilligung bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann. Der Versicherer informiert die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die tatsächliche Prämienverbilligung. 5 Die Versicherer sind verpflichtet, bei der Prämienverbilligung über die Bestimmungen betreffend die Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 82 hinaus mitzuwirken. 6 Die Kantone machen dem Bund zur Überprüfung der sozial- und familienpolitischen Ziele anonymisierte Angaben über die begünstigten Versicherten. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften dazu.	Prämienzahlungspflicht nicht vorschussweise nachkommen müssen. 4 Die Kantone informieren die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung. 4bis Der Kanton meldet dem Versicherer die Versicherten, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, und die Höhe der Verbilligung so früh, dass der Versicherer die Prämienverbilligung bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann. Der Versicherer informiert die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die tatsächliche Prämienverbilligung. 5 Die Versicherer sind verpflichtet, bei der Prämienverbilligung über die Bestimmungen betreffend die Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 82 hinaus mitzuwirken. 6 Die Kantone machen dem Bund zur Überprüfung der sozial- und familienpolitischen Ziele anonymisierte Angaben über die begünstigten Versicherten. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften dazu.		
	III	**III**	
	1 Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum. 2 Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.	~~1 Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.~~ ~~2 Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.~~	

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion

Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen

Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen