

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung (KVG)
(Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung)**

Änderung vom

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom¹,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 13 Abs. 2 Bst. g (neu)

Die Versicherer müssen insbesondere:

- g. allen Versicherten einen während 24 Stunden bedienten kostenlosen medizinischen Telefondienst zur Triage der Versicherten und zur Vermittlung des Zugangs zu einem geeigneten Leistungserbringer anbieten.

Art. 21 Abs. 4

Die Versicherer sind verpflichtet, dem Bundesamt im Rahmen der Aufsicht über den Vollzug dieses Gesetzes monatlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und jährlich Angaben über die Daten, die im Rahmen der Versicherungstätigkeit anfallen.

Art. 39 Abs. 1bis (neu)

In den Leistungsaufträgen nach Absatz 1 Buchstabe e regeln die Kantone die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich.

Art. 55b (neu)

Tarifsenkung bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung

Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in einem ambulanten Bereich eines Kantons im Vergleich zum Durchschnitt der vergangenen 5 Jahre oder im Vergleich zu den anderen Kantonen überdurchschnittlich an, so kann der Bundesrat nach Anhören der Kantone die nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigten

¹BBl 2009 ...

²SR 832.10

oder nach Artikel 47 festgesetzten Tarife um höchstens 10 Prozent senken. Er berücksichtigt dabei das kantonale Kostenniveau und trägt besonderen Umständen Rechnung.

Art. 62 Abs. 2ter (neu)

Wählt die versicherte Person eine besondere Versicherungsform nach Absatz 2 Buchstabe a, so beträgt die Dauer des Versicherungsverhältnisses mindestens zwei Kalenderjahre. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleiben vorbehalten.

Art. 64 Abs. 4 erster Satz

Für Kinder werden keine Franchise und kein Behandlungsbeitrag erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehalts.

Art. 64 Abs. 5bis (neu)

Zusätzlich leisten die Versicherten bei jeder ambulanten Behandlung bei einem Leistungserbringer nach den Artikeln 36, 36a und 39 einen Beitrag von 30 Franken. Dieser Behandlungsbeitrag ist dem Leistungserbringer zu entrichten und geht höchstens 6 Mal pro Kalenderjahr zulasten des Versicherten.

Art. 64 Abs. 6 Bst. d

Der Bundesrat kann:

- d. einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise und vom Behandlungsbeitrag ausnehmen, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Rahmen von nationale oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

II

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

Die Einführung eines medizinischen Telefondienstes nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g wird innert einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Änderung durch die Versicherer umgesetzt. Die Versicherer müssen besondere Versicherungsformen, die einen telefonischen medizinischen Beratungsdienst umfassen, spätestens innert eines Jahres aufheben.

III

¹ Dieses Gesetz wird nach Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und untersteht nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe b der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum.

² Es tritt am 1. Januar 2010 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2012.