



# Bundesgesetz über die Krankenversicherung

(KVG)

**(Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich)**

*Vorentwurf*

**Änderung vom ...**

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,*  
nach Einsicht in den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit  
des Nationalrates vom [Datum des Entscheids der Kommission]<sup>1</sup>  
und in die Stellungnahme des Bundesrates vom [Datum]<sup>2</sup>,  
*beschliesst:*

*Minderheit (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca,  
Schenker Silvia)*

*Nichteintreten*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>3</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

*Art. 16 Abs. 3<sup>bis</sup>*

<sup>3bis</sup>Die Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge erfolgt nach Abzug des Beitrags des Kantons an die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 60.

SR ...

- 1 BBl 2018 ...
- 2 BBl 2018 ...
- 3 SR 832.10

*Minderheit (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel)*

*Art. 16 Abs. 3<sup>bis</sup>*

*Streichen*

*Art. 18 Abs. 2<sup>sexies</sup>, 2<sup>octies</sup> und 5 erster Satz*

<sup>2sexies</sup> Sie teilt den Kantonsbeitrag nach Artikel 60a auf die Versicherer auf.

<sup>2octies</sup> Sie kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen.

*Minderheit (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)*

*Art. 18 Abs. 2<sup>octies</sup>*

<sup>2octies</sup> Sie kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen, namentlich die Kontrolle der Daten, die die Versicherer den Kantonen nach Artikel 60 Absatz 6 übermitteln.

<sup>5</sup> Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2, 2<sup>sexies</sup> und 4 müssen die Versicherer zulasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. ...

*Art. 25a Abs. 2 erster Satz*

<sup>2</sup> 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 während längstens zwei Wochen vergütet. ...

*Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2<sup>bis</sup> bis 2<sup>quater</sup>, 3, 3<sup>bis</sup> und 4 zweiter bis fünfter Satz*

<sup>1bis</sup> 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). Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt:

- a. höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt;
- b. höchstens nach dem Tarif des gewählten Leistungserbringers, sofern:
  1. ein Notfall vorliegt, oder
  2. der Wohnkanton die Behandlung beim gewählten Leistungserbringer vorgängig bewilligt hat; er erteilt die Bewilligung, wenn kein Spital auf seiner Spitalliste die erforderlichen Leistungen anbietet.

<sup>1ter</sup> Absatz 1<sup>bis</sup> mit Ausnahme von Buchstabe b gilt sinngemäss für Geburtshäuser.

<sup>2bis</sup> Absatz 1<sup>bis</sup> gilt sinngemäss für die Übernahme der Vergütung bei stationärer Behandlung in einem Listenspital bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen:

- a. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige;
- b. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthaltlerinnen und von Kurzaufhaltern und Kurzaufhalterinnen;
- c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.

<sup>2ter</sup> Bei Versicherten nach Absatz 2<sup>bis</sup> gilt der Kanton, an den sie einen Anknüpfungspunkt haben, als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.

<sup>2quater</sup> Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernimmt der Versicherer bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. Liegt ein Notfall vor, so übernimmt der Versicherer die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton gilt.

<sup>3 und 3bis</sup> *Aufgehoben*

4 ... Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat; er muss die Kosten der Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer erteilt die besondere Gutsprache, sofern die Behandlung von den von ihm ausgewählten Leistungserbringern nicht angeboten wird.

*Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3*

<sup>2</sup> ... Bei stationärer Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, die Vergütung.

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des *Tiers payant* erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

*Art. 49a* Vertragsspitäler und -geburtshäuser

<sup>1</sup> Mit Spitalern oder Geburtshäusern, welche kein Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1<sup>bis</sup> sind, 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.

<sup>2</sup>Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als die Vergütung durch die Versicherer nach Abzug des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 4.

*Minderheit (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)*

*Art. 49a Vertragsspitäler und -geburtshäuser*

<sup>1</sup>Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche kein Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1<sup>bis</sup> sind, 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.

<sup>2</sup>Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als 45 Prozent der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 1.

*Art. 51 Abs. 1 zweiter Satz*

<sup>1</sup> ... Der Kantonsbeitrag nach Artikel 60 bleibt vorbehalten.

*Gliederungstitel vor Art. 60*

## **5. Kapitel: Finanzierung**

### **1. Abschnitt: Kantonsbeitrag**

*Art. 60 Berechnung*

<sup>1</sup>Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz. Jeder Kanton entrichtet dazu einen Kantonsbeitrag.

<sup>2</sup>Massgebend für die Berechnung des Kantonsbeitrags sind die Kosten der Leistungen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. Es handelt sich um Leistungen nach den Artikeln 25–31; ausgenommen sind Leistungen nach Artikel 25a Absatz 1 und Leistungen, die gestützt auf einen Vertrag nach Artikel 49a vergütet werden.
- b. Es handelt sich um Leistungen, die in der Schweiz für folgende Personen erbracht werden:
  1. Versicherte, die im betroffenen Kanton wohnen,
  2. Versicherte nach Artikel 41 Absatz 2<sup>bis</sup>, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und bei denen der betroffene Kanton nach Artikel 41 Absatz 2<sup>ter</sup> als Wohnkanton gilt.

<sup>3</sup> Die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 und die mittels Rückgriff nach Artikel 72 Absatz 1 ATSG von den Versicherern durchgesetzten Ansprüche werden für die Berechnung des Kantonsbeitrags von den Kosten nach Absatz 2 abgezogen.

<sup>4</sup> Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens 25,5 Prozent.

<sup>5</sup> 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 übernimmt der Bund bei Behandlung in der Schweiz den Anteil an den Kosten, der dem vom Standortkanton nach Absatz 4 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag entspricht. Die Absätze 2 und 3 gelten sinngemäss.

<sup>6</sup> Die Versicherer übermitteln dem Kanton beziehungsweise dem Bund die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18). Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

#### *Art. 60a* Aufteilung auf die Versicherer

Der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag werden auf die einzelnen Versicherer entsprechend deren für die Berechnung des Kantons- und des Bundesbeitrags massgebenden Kosten aufgeteilt.

*Minderheit (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel)*

#### *Art. 60a* Aufteilung auf die Versicherer

<sup>1</sup> Der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag werden als Pauschalbetrag pro versicherte Person auf die einzelnen Versicherer aufgeteilt.

<sup>2</sup> Die Höhe des Pauschalbetrags wird für jede der folgenden Gruppen von Versicherten einzeln berechnet:

- a. im Kanton wohnhafte Erwachsene;
- b. im Ausland wohnhafte Erwachsene, je Wohnsitzstaat;
- c. im Kanton wohnhafte Kinder;
- d. im Ausland wohnhafte Kinder, je Wohnsitzstaat.

<sup>3</sup> Für jede Gruppe von Versicherten nach Absatz 2 wird die Höhe des Pauschalbetrags entsprechend den durchschnittlichen Kosten der Leistungen berechnet, für die der Kantonsbeitrag entrichtet wird.

<sup>4</sup> Absatz 3 gilt sinngemäss für die Versicherten nach Artikel 60 Absatz 5.

*Art. 79a* Rückgriffsrecht der Kantone

Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG gilt sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach Artikel 25a geleistet hat.

II

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

*Minderheit (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)*

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten. Dieses ist abhängig vom Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG.