



Entwurf

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Änderung vom ...

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 7. September 2022¹,
beschliesst:*

I

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

Ersatz von Ausdrücken

¹ In Artikel 58b Absätze 3 und 4 wird «des Departements» ersetzt durch «des EDI».

² In Artikel 58f Absatz 7 wird «Bundesamt» ersetzt durch «BAG».

Art. 18 Abs. 2^{septies}

^{2septies} Sie führt folgende Fonds:

- a. den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004³;
- b. den Fonds für die Rückerstattungen nach Artikel 52b.

Art. 25 Abs. 2 Bst. h

² Diese Leistungen umfassen:

- h. die folgenden Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:
 1. Leistungen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln,

¹ BBl 2022 2427

² SR 832.10

³ SR 810.21

2. pharmazeutische Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue.

Art. 25a Abs. 4 zweiter Satz

⁴ ... *Betrifft nur den französischen Text. ...*

Art. 26 **Medizinische Prävention**

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind.

² Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet. Vorsorgliche Massnahmen können auch von einem Apotheker oder einer Apothekerin im Rahmen von national oder kantonale organisierten Programmen nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d durchgeführt werden.

Art. 32 Abs. 3

³ Der Bundesrat kann je nach Art der Leistung die Häufigkeit und den Umfang der Überprüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit differenziert festlegen.

Art. 35 Abs. 2 Bst. o

² Leistungserbringer sind:

- o. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.

Art. 36 **Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Grundsatz**

Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m, n und o dürfen nur zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird.

Art. 36a Abs. 1 erster Satz

¹ Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m, n und o erfüllen müssen. ...

Art. 37a **Netzwerke zur koordinierten Versorgung:
besondere Voraussetzungen**

¹ Netzwerke zur koordinierten Versorgung müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. Sie werden von einem Arzt oder einer Ärztin geleitet, der oder die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllt.

- b. Sie erbringen Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert.
- c. Sie haben ihren Tätigkeitsbereich in Bezug auf Ort und Zeit der Eingriffe, in Bezug auf die erbrachten Leistungen und in Bezug auf die Patienten und Patientinnen, denen die Leistungen zukommen, beschränkt.
- d. Sie verfügen über eine ausreichende Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllen.
- e. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.
- f. Sie stellen die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette hinweg sicher.
- g. Sie sind einer Gemeinschaft oder einer zertifizierten Stammgemeinschaft nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 2015⁴ über das elektronische Patientendossier angeschlossen.
- h. Sie verfügen über einen kantonalen Leistungsauftrag.

² Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung schliessen mit weiteren Leistungserbringern Verträge ab, die insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Koordination regeln. Der Bundesrat kann die Mindestanforderungen an die Verträge festlegen.

³ Der Kanton legt im Leistungsauftrag nach Absatz 1 Buchstabe h insbesondere die vom Netzwerk zu erbringenden Leistungen sowie den zeitlichen und örtlichen Tätigkeitsbereich fest. Umfasst der Tätigkeitsbereich des Netzwerks mehr als einen Kanton, so sprechen sich die betreffenden Kantone ab und legen einen gemeinsamen Leistungsauftrag fest.

Art. 38 Abs. 1 und 2 Einleitungsteil

¹ Jeder Kanton bezeichnet eine Behörde, die die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m, n und o beaufsichtigt.

² Die Aufsichtsbehörde trifft die Massnahmen, die für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36a–37a nötig sind. Bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen kann sie folgende Massnahmen anordnen:

Art. 41 Abs. 1^{bis}, 2^{bis} Einleitungssatz, 2^{ter} und 3^{bis} Einleitungssatz

^{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). Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif richtet sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten

Spital, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, insbesondere wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen festzulegen sind.

^{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 versicherte Person einen Anknüpfungspunkt hat, bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung nach dem Referenztarif nach Absatz 1^{bis}, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals:

^{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 nach dem Referenztarif nach Absatz 1^{bis}, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest.

^{3bis} Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3^{ter}

² ... In Abweichung von Absatz 1 schuldet der Versicherer:

- a. den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung im Fall der stationären Behandlung;
- b. die Vergütung der Leistungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Artikel 52b vorgesehen hat.

^{3ter} Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.

Art. 42a Abs. 2–3^{bis}

² Die Versichertenkarte wird für die Rechnungsstellung für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.

^{2bis} Sie kann verwendet werden als:

- a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015⁵ über das elektronische Patientendossier;
- b. Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern.

⁵ SR 816.1

^{2ter} Ausserhalb des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes darf sie nur verwendet werden, wenn eine formelle gesetzliche Grundlage dies vorsieht und wenn der Verwendungszweck und die Nutzungsberechtigten bestimmt sind.

³ Der Bundesrat regelt das Format der Versichertenkarte. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in elektronischer Form ausgestellt wird.

^{3bis} Er regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Standards.

Art. 46 Abs. 1^{bis}

^{1bis} *Betrifft nur den französischen Text.*

Art. 48a Verträge über die Finanzierung der Zusatzkosten
in Netzwerken zur koordinierten Versorgung

¹ Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung schliessen mit den Versicherern oder deren Verbänden Verträge ab, die die Finanzierung der Zusatzkosten aufgrund der Koordination komplexer Fälle regeln.

² Die Verträge müssen den Umfang der kantonalen Leistungsaufträge berücksichtigen.

³ Artikel 46 Absatz 4 gilt für diese Verträge nicht.

⁴ Der Bundesrat kann die Mindestanforderungen an die Verträge festlegen.

Art. 52 Abs. 1 Einleitungssatz

¹ Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 und 43 Absatz 6:

Art. 52b Rückerstattungen

¹ Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem Versicherer oder dem Fonds nach Artikel 18 Absatz 2^{septies} Buchstabe b zurückzuerstatten.

² Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 14^{ter} Absatz 5 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959⁶ über die Invalidenversicherung kann das zuständige Bundesamt, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem Versicherer oder dem Fonds zurückzuerstatten.

⁶ SR 831.20

³ Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.

⁴ Der Bundesrat regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen vorgesehen werden können;
- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattungen;
- c. die Aufteilung der dem Fonds einbezahlten Beträge zwischen den Versicherern und den Kantonen;
- d. die Verwaltungskosten des Fonds.

⁵ Das BAG kann Organen der Krankenversicherung, Organen einer anderen Sozialversicherung und weiteren Personen, Stellen und Behörden die mit Rückerstattungen verbundenen Daten bekannt geben, die für die Wahrnehmung der Rückerstattungsansprüche oder aus einem anderen Grund für den Vollzug dieses Gesetzes erforderlich sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Bekanntgabe.

⁶ Beschwerden von Versicherern oder von Kantonen gegen Verfügungen nach den Absätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.

Art. 52c Vertraulichkeit von Informationen betreffend Rückerstattungen

¹ Informationen zur Höhe, zur Berechnung oder zu den Modalitäten von Rückerstattungen an die Versicherer oder an den Fonds für Rückerstattungen gestützt auf Tarifverträge, Vereinbarungen oder Verfügungen des BAG dürfen Dritten nicht zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch für Rückerstattungsvereinbarungen, die den zuständigen Behörden im Rahmen von Genehmigungsverfahren im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 bekannt gegeben werden.

² Die zuständige Behörde verweigert den Zugang zu Informationen nach Absatz 1 in Verfahren nach dem Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004⁷ oder entsprechenden kantonalen Regelungen.

Art. 53 Abs. 1

¹ Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 41 Absatz 1^{bis}, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 51, 54 und 55 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

Art. 55a Abs. 1 Bst. b Ziff. 3 und Abs. 5 Bst. b

¹ Die Kantone beschränken in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen. Wenn ein Kanton die Anzahl Ärzte und Ärztinnen beschränkt, dann sieht er vor:

⁷ SR 152.3

- b. dass die Anzahl folgender Ärzte und Ärztinnen auf die entsprechende Höchstzahl beschränkt ist:
 - 3. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit in einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe o ausüben.

⁵ Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, so können folgende Ärzte und Ärztinnen weiterhin tätig sein:

- b. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals, in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n oder in einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe o vor Inkrafttreten der Höchstzahlen ausgeübt haben, sofern sie ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich des gleichen Spitals, in der gleichen Einrichtung oder im gleichen Netzwerk zur koordinierten Versorgung weiter ausüben.

Art. 64 Abs. 6 Bst. d und 7 Bst. b

⁶ Der Bundesrat kann:

- d. *Betrifft nur den französischen und italienischen Text.*

⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherte keine Kostenbeteiligung erheben:

- b. Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die ab ärztlich bestimmtem Beginn der Schwangerschaft mittels Ultraschall, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft oder dem Ende der Schwangerschaft erbracht werden.

II

Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.

III

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

¹ Bis sich ein Verband der Netzwerke zur koordinierten Versorgung gebildet hat, schliessen die Netzwerke zur koordinierten Versorgung einzeln Verträge über die Qualitätsentwicklung mit den Verbänden der Versicherten nach Artikel 58a ab.

² Die kantonalen Referenztarife für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen müssen spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Anforderungen nach Artikel 41 Absatz 1^{bis} entsprechen.

³ Können sich die Parteien nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... auf einen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen nach Artikel 42 Absatz 3^{ter} einigen, so legt der Bundesrat den Standard fest.

⁴ Beträge, die die Inhaberinnen der Zulassung als Rückerstattungen infolge der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste gemäss bisherigem Recht dem Insolvenzfonds zurückerstattet haben, werden beim Inkrafttreten der

Änderung vom ... dem Fonds für Rückerstattungen nach Artikel 18 Absatz 2^{septies} Buchstabe b KVG übertragen.

⁵ Artikel 52c gilt auch für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom ... hängigen Verfahren um Zugang zu amtlichen Dokumenten.

IV

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Anhang
(Ziff. II)

Änderung anderer Erlasse

Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:

1. Bundesgesetz vom 19. Juni 1959⁸ über die Invalidenversicherung

Art. 14 Abs. 2

² Für medizinische Massnahmen gilt Artikel 32 KVG⁹ sinngemäss. Ihre Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.

Art. 14^{bis} Sachüberschrift (Betrifft nur den französischen Text.) und Abs. 1 erster Satz

¹ *Betrifft nur den französischen Text. ...*

Einfügen vor dem Gliederungstitel II^{bis}

Art. 14^{quater} Rückerstattungen

¹ Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 14^{ter} Absatz 5 kann das zuständige Bundesamt, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten.

² Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG kann das Bundesamt für Gesundheit, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten.

³ Der Bundesrat regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen vorgesehen werden können;
- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattungen;

⁸ SR 831.20

⁹ SR 832.10

- c. die Aufteilung der dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 einbezahlten Beträge zwischen der Invalidenversicherung und den Kantonen aufgrund der Kostenvergütung von stationären Behandlungen nach Artikel 14^{bis}.

⁴ Beschwerden von Versicherern nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014¹⁰ oder von Kantonen gegen Verfügungen nach den Absätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.

Art. 14^{quinquies} Bekanntgabe und Vertraulichkeit von Informationen
betreffend Rückerstattungen

¹ Das zuständige Bundesamt kann Organen der Invalidenversicherung, Organen einer anderen Sozialversicherung und weiteren Personen, Stellen und Behörden die mit Rückerstattungen verbundenen Daten bekannt geben, die für die Wahrnehmung der Rückerstattungsansprüche oder aus einem anderen Grund für den Vollzug dieses Gesetzes erforderlich sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Bekanntgabe.

² Informationen nach Absatz 1 dürfen Dritten nicht zugänglich gemacht werden.

³ Die zuständige Behörde verweigert den Zugang zu Informationen nach Absatz 1 in Verfahren gemäss dem Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004¹¹ oder entsprechenden kantonalen Regelungen.

Einfügen nach dem Gliederungstitel II^{bis}

Art. 14^{sexies}

Bisheriger Art. 14^{quater}

Art. 27^{ter} Abs. 1 dritter und vierter Satz sowie Abs. 3

¹ ... Der Bundesrat kann festlegen, welche Kategorien von Leistungserbringern auf der Rechnung die AHV-Nummer aufführen müssen. Die versicherte Person erhält eine Kopie der Rechnung.

³ Der Bundesrat bezeichnet die Kategorien von Leistungserbringern, die ihre Rechnungen in elektronischer Form zu übermitteln haben, und den Standard für die elektronische Übermittlung.

Art. 48 Abs. 1 und 3

¹ Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen oder auf Hilfsmittel mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend, so wird die Leistung in Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG¹² nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen.

¹⁰ SR 832.12

¹¹ SR 152.3

¹² SR 830.1

³ In Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG besteht bei medizinischen Eingliederungsmassnahmen kein Anspruch auf Nachzahlung von Leistungen.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

Artikel 14^{quinqies} Absätze 2 und 3 gilt auch für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom ... hängigen Verfahren um Zugang zu amtlichen Dokumenten.

2. Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014¹³

Art. 48 Bst. c

Aufgehoben

¹³ SR 832.12

