



*Entwurf*

# Bundesgesetz über die Krankenversicherung

(KVG)

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

**Änderung vom ...**

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,*  
nach Einsicht in den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit  
des Nationalrates vom 5. April 2019<sup>1</sup>  
und in die Stellungnahme des Bundesrates vom ...<sup>2</sup>,  
*beschliesst:*

*Minderheit (Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia,  
Töngi)*

*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.

1 BBI 2019 3499

2 Wird im Bundesblatt später veröffentlicht.

3 SR 832.10

*Minderheit (Nantermod, Ammann, de Courten, Hess Lorenz, Humbel, Pezzatti, Roduit, Sauter, 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.

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

*Minderheit (Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Giezendanner, Herzog, Hess Erich)*

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

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

*Minderheit (Carobbio Guscetti, Barrile, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Schenker Silvia, Töngi)*

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

<sup>2octies</sup> Sie übernimmt von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben, namentlich die Kontrolle der Daten, die die Versicherer den Kantonen nach Artikel 60 Absatz 5 übermitteln.

*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>–2<sup>quater</sup>, 3, 3<sup>bis</sup> und 4 zweiter–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 Absatz 1<sup>bis</sup></sup> mit Ausnahme von Buchstabe b gilt sinngemäss für Geburtshäuser.

<sup>2<sup>bis</sup> Absatz 1<sup>bis</sup></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 Kurzaufenthalterinnen;
- c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.

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

<sup>2<sup>quater</sup></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</sup> und <sup>3<sup>bis</sup></sup> *Aufgehoben*

<sup>4</sup> ... 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 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 die Vergütung durch die Versicherer nach Abzug des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 3.

*Minderheit I (Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi)*

*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.

*Minderheit II (Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Heim, Schenker Silvia, Töngi)*

*Art. 49a*

*Aufgehoben*

*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> Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens 22,6 Prozent.

<sup>4</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 3 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag entspricht. Absatz 2 gilt sinngemäss.

<sup>5</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.

*Minderheit (Humbel, Ammann, Hess Lorenz, Pfister Gerhard, Roduit, Weibel)*

*Art. 60 Abs. 2<sup>bis</sup>, 3 und 4*

<sup>2bis</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>3</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>4</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 3 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag entspricht. Die Absätze 2 und 2<sup>bis</sup> gelten sinngemäss.

*Minderheit (Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Giezendanner, Herzog, Hess Erich)*

*Art. 60 Abs. 5*

<sup>5</sup> Die Versicherer übermitteln dem Kanton beziehungsweise dem Bund die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Kanton entrichtet dem Versicherer seinen Beitrag. Der Bund entrichtet seinen 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 (Nantermod, Ammann, de Courten, Hess Lorenz, Humbel, Pezzatti, Roduit, Sauter, 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 4.

*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 *Auftrag an den Bundesrat*

Sobald die notwendigen Grundlagen vorhanden sind, namentlich die erforderliche Kostentransparenz, beantragt der Bundesrat eine Gesetzesrevision, die den Einbezug der Langzeitpflege in eine einheitliche Finanzierung der Leistungen nach diesem Gesetz vorsieht.

*Minderheit (Gysi, Aeschi Thomas, Barrile, Carobbio Guscetti, de Courten, Feri Yvonne, Heim, Hess Erich, Schenker Silvia)*

II

*Streichen*

III *Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...*

<sup>1</sup> Der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag muss innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten mindestens dem in Artikel 60 Absatz 3 vorgesehenen Wert entsprechen.

<sup>2</sup> Kantone, in welchen der Anteil der Kosten von spitalstationären Leistungen im Vergleich zu den Kosten aller Leistungen, welche von dieser Gesetzesänderung betroffen sind, drei Jahre vor Inkrafttreten der Änderung vom ... unter dem Durchschnitt liegt, müssen einen Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von mindestens 18,1 Prozent festlegen. Danach muss die jährliche Erhöhung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag mindestens 1,5 Prozentpunkte betragen, sofern ein Anteil von 22,6 Prozent noch nicht erreicht wurde.

<sup>3</sup> Kantone, in welchen der Anteil der Kosten von spitalstationären Leistungen im Vergleich zu den Kosten aller Leistungen, welche von dieser Gesetzesänderung betroffen sind, drei Jahre vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... über dem Durchschnitt liegt, dürfen den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag bis zum dritten Jahr nach Inkrafttreten der Änderung jährlich um höchstens 1,5 Prozentpunkte senken. Der festgelegte Prozentsatz für den Kantonsbeitrag darf in keinem Jahr unter 22,6 Prozent liegen.

*Minderheit (Humbel, Ammann, Hess Lorenz, Pfister Gerhard, Roduit, Weibel)*

III Abs. 2 und 3

<sup>2</sup> Kantone, in welchen der Anteil der Kosten von spitalstationären Leistungen im Vergleich zu den Kosten aller Leistungen, welche von dieser Gesetzesänderung betroffen sind, drei Jahre vor Inkrafttreten der Änderung vom ... unter dem Durchschnitt liegt, müssen einen Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von mindestens

21 Prozent festlegen. Danach muss die jährliche Erhöhung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag mindestens 1,5 Prozentpunkte betragen, sofern ein Anteil von 25,5 Prozent noch nicht erreicht wurde.

<sup>3</sup> Kantone, in welchen der Anteil der Kosten von spitalstationären Leistungen im Vergleich zu den Kosten aller Leistungen, welche von dieser Gesetzesänderung betroffen sind, drei Jahre vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... über dem Durchschnitt liegt, dürfen den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag bis zum dritten Jahr nach Inkrafttreten der Änderung jährlich um höchstens 1,5 Prozentpunkte senken. Der festgelegte Prozentsatz für den Kantonsbeitrag darf in keinem Jahr unter 25,5 Prozent liegen.

#### IV

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

<sup>2</sup> Dieses Gesetz tritt nur zusammen mit der Änderung vom ... des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) in Kraft.

<sup>3</sup> Ist gegen das Gesetz kein Referendum zustande gekommen, so tritt es drei Jahre nach Annahme auf Jahresbeginn in Kraft.

<sup>4</sup> Wird das Gesetz in der Volksabstimmung angenommen, so tritt es drei Jahre nach der Annahme auf Jahresbeginn in Kraft.

*Minderheit (Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Herzog, Hess Erich, Moret, Pezzatti, Stahl)*

*IV Abs. 2*

*<sup>2</sup> Streichen*