

# Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Spitalfinanzierung)

Entwurf

## Änderung vom

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

### I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>2</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

#### *Art. 21 Abs. 4*

<sup>4</sup> Die Versicherer sind verpflichtet, dem Bundesamt im Rahmen der Aufsicht über den Vollzug des Gesetzes jährlich Angaben über die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallenden Daten zu machen.

#### *Art. 21a Abs. 2*

<sup>2</sup> Im Einvernehmen mit einem Kanton kann ihm das Bundesamt in besonderen Fällen die Durchführung von Abklärungen bei den Versicherern im Sinne von Artikel 21 Absatz 3 anvertrauen.

#### *Art. 22a (neu) Daten der Leistungserbringer*

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Namentlich sind folgende Angaben zu machen:

- a. Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung, Rechtsform;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
- d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;
- e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis.

<sup>2</sup> Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

<sup>1</sup> BBl 2004 5551

<sup>2</sup> SR 832.10

<sup>3</sup> Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten können veröffentlicht werden.

<sup>4</sup> Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

*Art. 23*            Statistiken

<sup>1</sup> Das Bundesamt für Statistik erarbeitet die notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise dieses Gesetzes. Es erhebt zu diesem Zweck bei den Versicherern, den Leistungserbringern und der Bevölkerung die notwendigen Daten.

<sup>2</sup> Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Informationen sind kostenlos zur Verfügung zu stellen. Für die Finanzierung der Erhebung und Auswertung dieser Daten wird von den Versicherern ein jährlicher Beitrag erhoben.

<sup>3</sup> Das Bearbeiten von Daten zu statistischen Zwecken erfolgt nach dem Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992<sup>3</sup>.

*Art. 25 Abs. 2 Bst. a Einleitungssatz, e und f*

<sup>2</sup> Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von: ...
- e. den Aufenthalt im Spital;
- f. *Aufgehoben*

*Art. 29 Abs. 2 Bst. b*

<sup>2</sup> Diese Leistungen umfassen:

- b. die Entbindung zu Hause oder in einem Spital sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen;

*Art. 35 Abs. 2 Bst. i*

*Aufgehoben*

<sup>3</sup> SR 431.01

*Art. 39 Abs. 1 Bst. d, 2–6 (neu)*

<sup>1</sup> Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zur Erbringung von nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Leistungen zugelassen, wenn sie:

- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen;

<sup>2</sup> Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Absatz 1 Buchstabe d muss sich auf die Versorgung aller nach diesem Gesetz versicherungspflichtigen Personen (Art. 3) beziehen und die Patientenströme zwischen den Kantonen berücksichtigen. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen.

<sup>3</sup> Die Kantone sind verpflichtet, im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame Planung zu beschliessen. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, erlässt der Bundesrat die Planung.

<sup>4</sup> Die Spitalliste nach Absatz 1 Buchstabe e muss sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler des Kantons, die über einen Leistungsauftrag verfügen, umfassen; sie kann auch Spitäler in anderen Kantonen umfassen, für die der Kanton mit einem oder mehreren anderen Kantonen oder mit denen er direkt eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die Kantone Auflagen verbinden.

<sup>5</sup> Der Bundesrat kann allgemeine, einheitliche Grundsätze für die Planung erlassen, soweit dies für die gemeinsame Erstellung der Planungen durch mehrere Kantone erforderlich ist. Er hört zuvor die Kantone an.

<sup>6</sup> Die Bestimmungen über die Zulassung (Abs. 1), die Planung (Abs. 2 und 3) und die Festsetzung von Listen (Abs. 4) gelten sinngemäss für Anstalten, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheime).

*Art. 41 Abs. 1 dritter Satz, 2 Bst. b und 3*

<sup>1</sup> ... Bei stationärer Behandlung muss der Versicherte die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der in Spitälern gilt, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

<sup>2</sup> Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- b. bei stationärer Behandlung in Spitälern, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

<sup>3</sup> Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil.

*Art. 47 Abs. 2*

<sup>2</sup> Besteht für die ausserhalb eines Zulassungsvertrages im Sinne von Artikel 35a erbrachte ambulante Behandlung einer versicherten Person oder für die stationäre Behandlung einer versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

*Art. 49* Tarifverträge mit Spitälern

<sup>1</sup> Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.

<sup>3</sup> Die Vergütungen nach den Absätzen 1 und 2 werden je zur Hälfte vom Versicherer und dem jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für Forschung und Lehre enthalten. Die Kantone können bestimmen, dass sie weitere Bereiche separat finanzieren.

<sup>4</sup> Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach den Absätzen 1–3, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

<sup>5</sup> Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1–4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

<sup>6</sup> Die Vertragsparteien vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

<sup>7</sup> Die Spitälern verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen.

<sup>8</sup> Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitälern und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Betriebe liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

*Art. 50*            Tarifverträge mit Pflegeheimen

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 6) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Absätze 7 und 8 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.

*Art. 51 Abs. 1*

<sup>1</sup> Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 3 bleibt vorbehalten.

*Art. 53 Abs. 1*

<sup>1</sup> Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 49 Absatz 8, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

*Art. 79a (neu)*      Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG<sup>4</sup> gilt sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach den Artikeln 41 Absatz 3 und 49 Absatz 3 geleistet hat.

*Art. 84a Abs. 1 Bst. f*

<sup>1</sup> Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG<sup>5</sup> bekanntgeben:

- f. den zuständigen kantonalen Behörden, wenn es sich um Daten nach Artikel 22a handelt und diese für die Planung der Spitäler und Pflegeheime sowie für die Beurteilung der Tarife erforderlich sind;

*Art. 104a Abs. 2*

<sup>2</sup> Solange die Kosten der Leistungen von Pflegeheimen nicht nach einheitlicher Methode (Art. 49 Abs. 7 und Art. 50) ermittelt werden, kann das Departement durch Verordnung festlegen, in welchem Ausmass diese Leistungen übernommen werden dürfen.

<sup>4</sup> SR 830.1

<sup>5</sup> SR 830.1

## II

### *Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...*

<sup>1</sup> Die kantonalen Spitalplanungen und -listen müssen innert zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung den Anforderungen nach Artikel 39 genügen. Die erste Planung nach Artikel 39 Absatz 3 ist bis Ende 2007 zu beschliessen und innerhalb von drei Jahren umzusetzen.

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen zu beruhen haben. Die Einführung kann zeitlich gestaffelt erfolgen.

<sup>3</sup> Mit Inkrafttreten dieser Änderung wird der Anteil der Versicherer und der Kantone an der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 3 in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern, ausgehend vom Finanzierungsverhältnis im Zeitpunkt des Inkrafttretens, so angepasst, dass die Differenz zwischen aktuellem und hälftigem Anteil im ersten Jahr um ein Drittel und im zweiten Jahr um zwei Drittel verringert wird, so dass der hälftige Anteil im dritten Jahr erreicht wird. Der Einbezug der Investitionskosten von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern in die Tarifberechnung erfolgt mit der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die sich auf gesamtschweizerisch einheitliche Strukturen stützen. Der Bundesrat bestimmt, wie die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.

<sup>4</sup> In bisher nicht subventionierten Spitälern haben die Kantone ihren Anteil an der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 3 mit Einschluss der Investitionskosten innert drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung zu übernehmen.

<sup>5</sup> Der Bundesrat beantragt innerhalb von drei Jahren ab Inkrafttreten dieser Änderung eine Gesetzesrevision, die den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem vorsieht, so dass den Leistungserbringern nur ein Kostenträger gegenübersteht.

## III

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

<sup>2</sup> Es tritt bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar 2006 oder am 1. Januar des Jahres nach seiner Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.