

Vorlage der Redaktionskommission für die Schlussabstimmung

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung
(KVG)
(Einheitliche Finanzierung der Leistungen)**

Änderung vom 22. Dezember 2023

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates vom 5. April 2019¹
und in die Stellungnahme des Bundesrates vom 14. August 2019²,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994³ über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 16 Abs. 3^{bis}

^{3bis} Die Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge erfolgt nach Abzug des Beitrags des Kantons an die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 60.

Art. 18 Abs. 2^{sexies}, 2^{octies} und 5 erster Satz

^{2sexies} Sie berechnet und erhebt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag nach Artikel 60 und teilt ihn nach Artikel 60a auf die Versicherer auf. Sie bildet zu diesem Zweck einen spezialisierten, autonomen Ausschuss, an dem die Kantone ange messen zu beteiligen sind.

^{2octies} Sie kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugaufgaben übernehmen.

⁵ Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2, ^{2sexies} und 4 müssen die Versicherer zulasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. ...

¹ BBI 2019 3499

² BBI 2019 5725

³ SR 832.10

Krankenversicherung. BG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Art. 21 Daten der Versicherer

¹ Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG und den Kantonen regelmässig die für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben.

² Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:

- a. dem BAG zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;
- b. dem BAG zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen;
- c. dem BAG zur Evaluation des Risikoausgleichs;
- d. den Kantonen zur Aufsicht über die Leistungserbringer, zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser sowie zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärzte und Ärztinnen.

³ Das BAG und die Kantone sind dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.

⁴ Das BAG stellt die von ihm erhobenen Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.

⁵ Der Bundesrat erlässt unter Einbezug der Kantone und der Versicherer nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten nach Absatz 1 unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Art. 25 Abs. 2 Bst. a Einleitungssatz

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden:

Art. 25a

Aufgehoben

Art. 33 Abs. 2^{bis} und 2^{ter}

^{2bis} Bei der Bezeichnung der Pflegeleistungen berücksichtigt er den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benötigen. Er bestimmt, welche Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können.

^{2ter} Er regelt das Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs und die Koordination zwischen den behandelnden Ärzten und Ärztinnen und den Pflegefachpersonen.

Krankenversicherung. BG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Art. 41 Abs. 1 erster Satz, 1bis, 1ter, 2bis–2quater, 3, 3bis und 4 zweiter–vierter Satz

¹ Die Versicherten können für Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. ...

^{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). 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 Leistungserbringens, 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 Spitaliste die erforderlichen Leistungen anbietet.

^{1ter} Absatz 1^{bis} mit Ausnahme von Buchstabe b gilt sinngemäss für Geburtshäuser.

^{2bis} Absatz 1^{bis} 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, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen:

- a. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige;
- b. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen;
- c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.

^{2ter} Bei Versicherten nach Absatz 2^{bis} gilt der Kanton, an den sie einen Anknüpfungspunkt haben, als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.

^{2quater} Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich 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 des Leistungserbringens gilt.

³ und ^{3bis} 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 ande-

ren Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vor-gängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versiche-rer erteilt die besondere Gutsprache, sofern die Behandlung von den von ihm aus-gewählten Leistungserbringern nicht angeboten wird.

Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3

² ... Bei stationärer Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Ab-satz 1, die Vergütung.

³ 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* muss der Leistungserbringer der versicherten Person unaufgefordert eine Kopie der Rechnung übermitteln, die an den Versicherer geht. Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Rechnungskopie zustellt. Die Übermittlung der Rechnung an den Versicherten kann auch elektronisch erfolgen. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Art. 47a Sachüberschrift, Abs. 1, 3-5 und 7

Organisationen für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen und
für Pflegeleistungen

¹ Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen ge-meinsam mit den Kantonen je eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen einerseits für ambulante ärztliche Behandlungen sowie andererseits für Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, zuständig ist. Die Ver-bände der Leistungserbringer, der Versicherer sowie die Kantone müssen ausgewo-gen in den Organen der Organisation, die für die sie betreffende Tarifstruktur ver-antwortlich ist, vertreten sein.

³ Fehlt eine solche Organisation oder entspricht sie nicht den gesetzlichen Anforde- rungen, so setzt der Bundesrat sie für die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer sowie für die Kantone ein.

⁴ Können sich die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer sowie die Kantone nicht auf Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung einer Organisation einigen, so legt der Bundesrat diese nach Anhörung der interes-sierten Organisationen fest.

⁵ Die Leistungserbringer und die Versicherer sind verpflichtet, den Organisationen kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erarbeitung und Weiterentwick-lung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen notwendig sind.

⁷ Die von den Organisationen erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.

Krankenversicherung. BG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Art. 47b Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen und für Pflegeleistungen

¹ Die Leistungserbringer und deren Verbände, die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisationen nach Artikel 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat oder der zuständigen Kantonsregierung auf Verlangen kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erfüllung der Aufgaben nach den Artikeln 43 Absätze 5 und 5^{bis}, 46 Absatz 4 und 47 notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

² Bei einem Verstoss gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 1 kann das EDI oder die zuständige Kantonsregierung gegen die betroffenen Leistungserbringer und deren Verbände, gegen die Versicherer und deren Verbände sowie gegen die Organisationen nach Artikel 47a Sanktionen ergreifen. Diese umfassen:

- a. die Verwarnung;
- b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.

Art. 47c Abs. 2^{bis}, 3 erster Satz, 5 erster Satz und 7

^{2bis} Massnahmen nach Absatz 1, die Pflegeleistungen betreffen, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden, sind in gesamtschweizerisch geltende Verträge zu integrieren.

³ Die Verträge nach den Absätzen 2 und 2^{bis} sind der nach ihrem Geltungsbereich zuständigen Behörde zur Genehmigung zu unterbreiten. ...

⁵ Die Verträge nach den Absätzen 2 und 2^{bis} legen die von den Leistungserbringern und den Versicherern nicht beeinflussbaren Faktoren fest, die eine Erhöhung der Mengen und der Kosten erklären können, insbesondere medizin-technischer Fortschritt und soziodemografische oder politische Entwicklungen. ...

⁷ Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht auf die Integration der Massnahmen in Verträgen nach Absatz 2^{bis} einigen, so regelt der Bundesrat die Einzelheiten.

Art. 49a Vertragsspitäler und -geburtshäuser

¹ Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche kein Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1^{bis} sind, aber die Voraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen.

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

Art. 50 Kostenübernahme für Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim erbracht werden

¹ Der Versicherer übernimmt die Kosten der Pflegeleistungen, die nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a erbracht werden:

Krankenversicherung. BG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

- a. von einem Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d^{bis}⁴ oder e;
- b. von einem Pflegeheim.

² Die Leistungserbringer nach Absatz 1 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 Instrumente beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung sowie im Fall der Pflegeheime auch die für Betriebsvergleiche und die Planung notwendigen Daten.

³ Der Bundesrat legt für die Leistungserbringer nach Absatz 1 jeweils eine einheitliche Struktur für die Kostenrechnung und die Leistungsstatistik fest.

⁴ Es sind schweizweite Betriebsvergleiche zwischen Pflegeheimen, insbesondere zu Kosten und Ergebnisqualität, durchzuführen. Die Pflegeheime und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat kann nach Anhörung der Kantone die Einzelheiten der Durchführung der Betriebsvergleiche regeln. Er veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

⁵ Die Leistungserbringer nach Absatz 1 sind verpflichtet, ihre Kostenrechnung und Leistungsstatistik sowie die dazugehörigen Unterlagen zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Tarifvertragsparteien und die für die Tarifvertragsgenehmigung und die Tariffestsetzung zuständigen Behörden.

Art. 51 Abs. 1 zweiter Satz

¹ ... Der Kantonsbeitrag nach Artikel 60 bleibt vorbehalten.

Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3

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

- a. erlässt das EDI:
- 3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b oder für Pflegeleistungen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, die nicht im Rahmen einer stationären Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 erbracht werden, verwendet werden;

⁴ BBI 2022 3205

Einfügen vor dem Gliederungstitel des 6. Abschnitts

Art. 55b Kostenentwicklung bei Leistungserbringern nach Artikel 35
Absatz 2 Buchstaben b–g und m

¹ Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person der Leistungen, die in einer Kategorie der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b–g und m erbracht werden, in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts in der betroffenen Kategorie an oder liegen die Kosten je versicherte Person in dieser Kategorie oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts dieser Kategorie, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Leistungserbringer dieser Kategorie eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

² Die Kantone bezeichnen die betroffenen Kategorien von Leistungserbringern nach Absatz 1.

*Gliederungstitel vor Art. 60***5. Kapitel: Finanzierung****1. Abschnitt: Kantonsbeitrag**

Art. 60 Berechnung

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

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

- Es handelt sich um Leistungen nach den Artikeln 25–31; ausgenommen sind Leistungen, die gestützt auf einen Vertrag nach Artikel 49a vergütet werden.
- Es handelt sich um Leistungen, die in der Schweiz für folgende Personen erbracht werden:
 - Versicherte, die im betroffenen Kanton wohnen; bei einem Wohnsitzwechsel innerhalb der Schweiz ist der Kanton massgebend, in dem die versicherte Person zu Beginn eines Monats ihren Wohnsitz hat,
 - Versicherte nach Artikel 41 Absatz 2^{bis}, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und bei denen der betroffene Kanton nach Artikel 41 Absatz 2^{ter} am Stichtag nach Ziffer 1 als Wohnkanton gilt.

³ Die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 und die mittels Rückgriff nach Artikel 72 Absatz 1 ATSG⁵ von den Versicherern durchgesetzten Ansprüche werden für die Berechnung des Kantonsbeitrags von den Kosten nach Absatz 2 abgezogen.

⁴ Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens 26,9 Prozent.

⁵ Der Bundesrat überprüft periodisch den Mindestprozentsatz des Kantonsbeitrags nach Absatz 4 und erstattet der Bundesversammlung Bericht.

⁶ Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich 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 des Leistungserbringers nach Absatz 4 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag entspricht. Die Absätze 2 und 3 gelten sinngemäss.

⁷ Die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind.

⁸ Sie teilen den Kantonen mit, für welche versicherten Personen sie einen Kantonsbeitrag einfordern. Besteht ein Kanton, dass er der Wohnkanton einer versicherten Person ist oder als solcher nach Artikel 41 Absatz 2^{ter} gilt und er somit für die Leistungen, die für diese versicherte Person erbracht wurden, einen Kantonsbeitrag entrichten soll, erlässt er eine Verfügung.

⁹ Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen, die eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 betreffen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

¹⁰ Erachtet der Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, so informiert er innerhalb einer vom Bundesrat festzulegenden Frist nach Erhalt der Rechnung den Versicherer. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in den beanstandeten Rechnungen abgerechneten Leistungen, so teilt er dies auch dem Kanton mit. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, so kann der Kanton den Erlass einer Verfügung verlangen.

¹¹ Der Kanton ist zur Beschwerde vor dem Versicherungsgericht nach Artikel 58 ATSG gegen den Entscheid des Versicherers nach Absatz 10 berechtigt. Er kann nur rügen, dass:

- a. der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt;
- b. ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird;
- c. die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden.

¹² Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung.

Einfügen vor dem Gliederungstitel des 2. Abschnitts

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.

Krankenversicherung. BG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Art. 64 Abs. 5^{bis}, 5^{ter}, 7 Bst. b und 8 erster Satz

^{5bis} Die Versicherten leisten zudem für Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim erbracht werden, einen Beitrag an die Kosten für die Pflegeleistungen. Der Bundesrat legt die maximale Höhe des Beitrags in Franken fest. Die Kantone können den Beitrag ganz oder teilweise übernehmen.

^{5ter} Bei Pflegeleistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet wurden (Akut- und Übergangspflege), schuldet die versicherte Person während längstens zwei Wochen keinen Beitrag nach Absatz 5^{bis}.

⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

⁸ Kostenbeteiligungen nach den Absätzen 2 und 5 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. ...

Art. 79a

Aufgehoben

Art. 82 Besondere Amts- und Verwaltungshilfe

In Abweichung von Artikel 33 ATSG⁶ geben die Versicherer den zuständigen Behörden auf Anfrage kostenlos die notwendigen Auskünfte und Unterlagen für die Festsetzung der Prämienverbilligung

II *Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. Dezember 2023*

¹ Der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag muss innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 22. Dezember 2023 mindestens dem in Artikel 60 Absatz 4 vorgesehenen Wert entsprechen. Der Mindestprozentsatz der einzelnen Kantone für den Kantonsbeitrag in den ersten vier Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Änderung richtet sich nach folgender Tabelle:

Kanton	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4
ZH	24,5%	24,5%	24,5%	24,5%
BE	25,0%	24,5%	24,5%	24,5%
LU	24,5%	24,5%	24,5%	24,5%
UR	27,2%	26,2%	25,2%	24,5%
SZ	24,5%	24,5%	24,5%	24,5%

⁶ SR 830.1

Krankenversicherung. BG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

OW	24,5%	24,5%	24,5%	24,5%
NW	24,5%	24,5%	24,5%	24,5%
GL	26,0%	25,0%	24,5%	24,5%
ZG	24,5%	24,5%	24,5%	24,5%
FR	24,1%	24,5%	24,5%	24,5%
SO	24,5%	24,5%	24,5%	24,5%
BS	26,3%	25,3%	24,5%	24,5%
BL	25,3%	24,5%	24,5%	24,5%
SH	25,1%	24,5%	24,5%	24,5%
AR	27,8%	26,8%	25,8%	24,8%
AI	28,5%	27,5%	26,5%	25,5%
SG	26,1%	25,1%	24,5%	24,5%
GR	24,8%	24,5%	24,5%	24,5%
AG	24,5%	24,5%	24,5%	24,5%
TG	26,3%	25,3%	24,5%	24,5%
TI	24,2%	24,5%	24,5%	24,5%
VD	22,6%	23,6%	24,5%	24,5%
VS	24,5%	24,5%	24,5%	24,5%
NE	23,0%	24,0%	24,5%	24,5%
GE	21,3%	22,3%	23,3%	24,3%
JU	26,4%	25,4%	24,5%	24,5%

2 Bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a gilt:

- Leistungen nach Artikel 25a Absatz 1 sind für die Berechnung des Kantonsbeitrags nach Artikel 60 ausgenommen.
- Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 werden alleine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet.
- Der Prozentsatz nach Artikel 60 Absatz 4 liegt bei 24,5 Prozent.
- Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG⁷ gilt sinngemäß für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach Artikel 25a geleistet hat.
- Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim erbracht werden, werden in Abweichung von Artikel 50 Absatz 1 nach Artikel 25a vergütet.

⁷ SR 830.1

Krankenversicherung. BG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

³ Der Bundesrat legt für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten von Artikel 64 Absatz 5^{bis} die jeweiligen maximalen Beiträge der Versicherten pro Tag für Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim erbracht werden, so fest, dass sie jeweils nicht höher sind als vor dem Inkrafttreten von Artikel 64 Absatz 5^{bis}.

III

Die Koordination wird im Anhang geregelt.

IV

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Steht zehn Tage nach Ablauf der Referendumsfrist fest, dass gegen das Gesetz kein Referendum zustande gekommen ist, so tritt es wie folgt in Kraft:

- a. die Artikel 16 Absatz 3^{bis}, 18 Absätze 2^{sexies}, 2^{octies} und 5, 21, 41 Absätze 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} und 4, 42 Absätze 2 und 3, 47a Absätze 1, 3, 4, 5 und 7, 47b Absätze 1 und 2, 49a, 50, 51 Absatz 1, 55b, 60, 60a, 79a sowie 82: am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt;
- b. die Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, 25a, 33 Absätze 2^{bis} und 2^{ter}, 41 Absatz 1, 47c Absätze 2^{bis}, 3, 5 und 7, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absätze 5^{bis}, 5^{ter}, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt; die Vertragspartner stellen sicher, dass bis zu diesem Zeitpunkt Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, also namentlich kostendeckende Tarife, bezogen auf die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten.

³ Wird das Gesetz in der Volksabstimmung angenommen, so tritt es wie folgt in Kraft:

- a. die Artikel 16 Absatz 3^{bis}, 18 Absätze 2^{sexies}, 2^{octies} und 5, 21, 41 Absätze 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}, 2^{ter}, 2^{quater}, 3, 3^{bis} und 4, 42 Absätze 2 und 3, 47a Absätze 1, 3, 4, 5 und 7, 47b Absätze 1 und 2, 49a, 50, 51 Absatz 1, 55b, 60, 60a, 79a sowie 82: am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach der Abstimmung folgt;
- b. die Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, 25a, 33 Absätze 2^{bis} und 2^{ter}, 41 Absatz 1, 47c Absätze 2^{bis}, 3, 5 und 7, 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 sowie 64 Absätze 5^{bis}, 5^{ter}, 7 Buchstabe b und 8: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach der Abstimmung folgt; die Vertragspartner stellen sicher, dass bis zu diesem Zeitpunkt Tarife für die Pflegeleistungen vorliegen, die auf einer einheitlichen und transparenten Kosten- und Datenbasis basieren und die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, also namentlich kostendeckende Tarife, bezogen auf die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten.

Anhang
(Ziff. III)

Koordination

1. Änderung vom 16. Dezember 2022 des KVG (Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege)

Unabhängig davon, ob zuerst die vorliegende Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994⁸ über die Krankenversicherung (KVG, Ziff. 1) oder die Änderung vom 16. Dezember 2022 des KVG im Rahmen des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege⁹ (Anhang Ziff. 4) in Kraft tritt, lauten die nachstehenden Bestimmungen mit Inkrafttreten des später in Kraft tretenden Gesetzes sowie bei gleichzeitigem Inkrafttreten wie folgt:

Art. 25 Abs. 2 Bst. a Einleitungssatz

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:

Art. 25a

Aufgehoben

Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3

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

- a. erlässt das EDI:
- 3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b oder für Pflegeleistungen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a, die nicht im Rahmen einer stationären Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 erbracht werden, verwendet werden;

⁸ SR 832.10

⁹ BBI 2022 3205

Krankenversicherung. BG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Art. 55b Kostenentwicklung bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b–g und m

¹ Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person der Leistungen, die in einer Kategorie der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b–g und m erbracht werden, in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts in der betroffenen Kategorie an oder liegen die Kosten je versicherte Person in dieser Kategorie oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts dieser Kategorie, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Leistungserbringer dieser Kategorie eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

² Die Kantone bezeichnen die betroffenen Kategorien von Leistungserbringern nach Absatz 1.

2. Änderung vom 29. September 2023 des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen).

Unabhängig davon, ob zuerst die vorliegende Änderung des KVG¹⁰ (Ziff. I) oder die Änderung vom 29. September 2023¹¹ des KVG (Ziff. I) in Kraft tritt, lautet die nachstehende Bestimmung mit Inkrafttreten des später in Kraft tretenden Gesetzes sowie bei gleichzeitigem Inkrafttreten wie folgt:

Art. 21 Abs. 2 und 4

² Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:

- a. dem BAG zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;
- b. dem BAG zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen;
- c. dem BAG zur Evaluation des Risikoausgleichs;
- d. dem BAG zur Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54;
- e. dem BAG zur Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz.
- f. den Kantonen zur Aufsicht über die Leistungserbringer, zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser sowie zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärzte und Ärztinnen.

¹⁰ SR 832.10

¹¹ BBI 2023 2303

Krankenversicherung. BG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

⁴ Das BAG stellt die von ihm erhobenen Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.