



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

Änderung vom [Datum]

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom [Datum]<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

## I

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

### *Ersatz von Ausdrücken*

<sup>1</sup> *In Artikel 7 Absatz 2 wird «Bundesamt für Gesundheit (Bundesamt)» ersetzt durch «Bundesamt für Gesundheit (BAG)».*

<sup>2</sup> *In Artikel 18 Absatz 1 wird «das Departement» ersetzt durch «das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)».*

<sup>3</sup> *In den Artikeln 20 Absatz 2, 33 Absatz 5, 40 Absatz 1, 52 Absatz 1 Buchstabe a und 61 Absatz 2<sup>bis</sup> wird «Departement» ersetzt durch «EDI».*

<sup>4</sup> *In den Artikeln 20 Absatz 3, 33 Absatz 5, 98 Absatz 1, 99 Absätze 1 und 2 sowie 105a Absatz 3 wird «Bundesamt» ersetzt durch «BAG».*

<sup>5</sup> *In Artikel 59a Absatz 3 wird «Bundesamt für Gesundheit» ersetzt durch «BAG».*

### *Art. 18 Abs. 2<sup>septies</sup>*

<sup>2septies</sup> Sie führt folgende Fonds:

- a. den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004<sup>3</sup>;

<sup>1</sup> BBl 20XX ...

<sup>2</sup> SR 832.10

<sup>3</sup> SR 810.21

- b. einen Fonds für die Rückerstattungen nach Artikel 52b.

*Gliederungstitel vor Art. 21*

**4. Abschnitt: Datenweitergabe und Statistiken**

*Art. 21*            Daten der Versicherer

<sup>1</sup> Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben.

<sup>2</sup> Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. 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. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;
- b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen;
- c. zur Evaluation des Risikoausgleichs;
- d. zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.

<sup>3</sup> Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.

*Art. 23 Sachüberschrift*

Statistiken

*Art. 25 Abs. 2 Bst. h und i*

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

- h. die folgenden Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:
  - 1. Leistungen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln,
  - 2. Leistungen, die in Programmen nach Buchstabe i durchgeführt werden.
- i. Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.

*Art. 32 Abs. 3*

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.

*Art. 33 Abs. 3<sup>bis</sup>*

<sup>3bis</sup> Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedürfen der Genehmigung des EDI.

*Art. 35 Abs. 2 Bst. o*

<sup>2</sup> Leistungserbringer sind:

- o. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.

*Art. 36b* Netzwerke zur koordinierten Versorgung

<sup>1</sup> Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die:

- a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; und
- b. die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherstellt.

<sup>2</sup> Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden.

<sup>3</sup> Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen:

- a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, der oder die das Netzwerk leitet;
- b. das Fachpersonal, über das das Netzwerk verfügen muss;
- c. die Leistungen, die das Netzwerk erbringen muss;
- d. die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette;
- e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen;
- f. die elektronische Führung der Krankengeschichte des Patienten oder der Patientin;

- g. der Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015<sup>4</sup> über das elektronische Patientendossier.

*Einfügen nach dem Gliederungstitel des 2. Abschnitts*

*Art. 40a*      Erstberatungsstelle

<sup>1</sup> Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.

<sup>2</sup> Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr:

- a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen;
- b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist;
- c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss.

<sup>3</sup> Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:

- a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:
  - 1. Allgemeine Innere Medizin,
  - 2. Kinder- und Jugendmedizin,
  - 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt;
- b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen;
- c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.

<sup>4</sup> Die Kantone führen eine Liste der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit auf ihrem Gebiet ausüben und die bereit sind, die Funktion einer Erstberatungsstelle zu übernehmen (kantonale Liste der Erstberatungsstellen). Sie veröffentlichen die Liste so, dass die Versicherten sie jederzeit einsehen können.

<sup>5</sup> Die Leistungserbringer können beim Kanton, auf dessen Gebiet sie ihre Tätigkeit ausüben, ein Gesuch um Aufnahme in die kantonale Liste der Erstberatungsstellen stellen. Der Kanton entscheidet über das Gesuch und nimmt den Leistungserbringer in die Liste auf, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind.

<sup>6</sup> Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer kantonalen Liste der Erstberatungsstellen aufgenommen sind. Ist der Leistungserbringer bereit, für die versicherte Person diese Funktion auszuüben, so bestätigt er ihr dies. Die versicherte Person übermittelt die Bestätigung ihrem Versicherer.

<sup>7</sup> Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen, unter denen:

<sup>4</sup> SR 816.1

- a. die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann;
- b. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann.

*Art. 40b* Grundsatz für die Kostenübernahme

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25–31 nur, wenn:

- a. die Leistungen von der Erstberatungsstelle erbracht werden; oder
- b. für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer vorliegt.

<sup>2</sup> Das Erfordernis einer Überweisung gilt nicht in Notfällen.

<sup>3</sup> Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, benötigen für Untersuchungen und Behandlungen in der Schweiz eine Überweisung ihrer Erstberatungsstelle.

<sup>4</sup> Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Überweisung und die weiteren Ausnahmen vom Erfordernis einer Überweisung.

*Art. 40c* Vergütung der Erstberatungsstelle

<sup>1</sup> Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.

<sup>3</sup> Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest.

<sup>4</sup> Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten.

*Art. 40d* Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei ambulanten Untersuchungen und Behandlungen

<sup>1</sup> Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer, so kann die versicherte Person unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Untersuchung und Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der von der versicherten Person gewählte Leistungserbringer kann diese wiederum an weitere Leistungserbringer überweisen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.

<sup>2</sup> Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung vorliegt.

*Art. 41 Sachüberschrift, Abs. 1, 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2, 3<sup>bis</sup> Einleitungssatz und 4*

Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen

<sup>1</sup> Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

<sup>1bis</sup> Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn:

- a. der Leistungserbringer, der die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital überwiesen hat, dies seinerseits im Rahmen einer Überweisung getan hat;
- b. eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung vorliegt.

<sup>1ter</sup> Die Absätze 1 und <sup>1bis</sup> gelten sinngemäss für Geburtshäuser.

<sup>2</sup> Werden Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, für eine stationäre Leistung an ein Spital überwiesen, so können sie in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.

<sup>3bis</sup> Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

<sup>4</sup> *Aufgehoben*

#### Art. 41a      Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer

<sup>1</sup> Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer, einschliesslich der Erstberatungsstelle, beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3).

<sup>2</sup> Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Er muss die Kosten von 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 muss die besondere Gutsprache erteilen, wenn die von ihm ausgewählten Leistungserbringer die betroffene Leistung nicht erbringen.

*Art. 41b*

*Bisheriger Art. 41a*

*Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3<sup>ter</sup>*

<sup>2</sup> ... 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 Absatz 1 oder 2 vorgesehen hat.

<sup>3<sup>ter</sup></sup> 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*

<sup>2</sup> Die Versichertenkarte wird für die Rechnungsstellung für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.

<sup>2<sup>bis</sup></sup> Sie kann verwendet werden als:

- a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015<sup>5</sup> über das elektronische Patientendossier;
- b. Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern.

<sup>2<sup>ter</sup></sup> 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.

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt das Format der Versichertenkarte. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in elektronischer Form ausgestellt wird. Er regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Vorgaben.

*Art. 48a*      Tarifverträge mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung

<sup>1</sup> Die Tarifpartner vereinbaren Pauschalen nach Artikel 43 Absatz 3 zur Vergütung:

- a. der Leistungen, die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung anbieten;
- b. der Koordination der Leistungen durch die Netzwerke zur koordinierten Versorgung.

<sup>2</sup> Mit der Vergütung nach Absatz 1 sind alle Ansprüche der Netzwerke zur koordinierten Versorgung für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

<sup>5</sup> SR 816.1

*Art. 52 Abs. 1 Einleitungssatz*

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

*Art. 52b*           Rückerstattungen

<sup>1</sup>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 zurückzuerstatten:

- a. dem Versicherer auf dessen Verlangen; oder
- b. dem Fonds für Rückerstattungen auf Verlangen des BAG.

<sup>2</sup>Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.

<sup>3</sup>Er regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 1 vorgehen werden können;
- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung;
- c. die Aufteilung der dem Fonds für Rückerstattung einbezahlten Beträge unter den Versicherern;
- d. die Verwaltungskosten des Fonds für Rückerstattungen.

*Art. 52c*           Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten

Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004<sup>6</sup> wird verweigert, soweit diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b betreffen.

*Art. 53 Abs. 1*

<sup>1</sup>Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 41 Absatz 1, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 51, 54d Absatz 2, und 55a kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

*Gliederungstitel vor Art. 54*

**5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung**

*Art. 54*           Kostenziele

<sup>1</sup>Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele):

<sup>6</sup> SR 152.3

- a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;
- b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz.

<sup>2</sup> Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest:

- a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen;
- b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können.

<sup>3</sup> Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:

- a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung;
- b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung;
- c. den medizinisch-technischen Fortschritt.

<sup>4</sup> Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt.

<sup>5</sup> Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft.

#### *Art. 54a*      Kostenblöcke

<sup>1</sup> Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu.

<sup>2</sup> Die Kantone können innerhalb eines vom Bundesrat festgelegten Kostenblocks weitere Unterteilungen vornehmen.

<sup>3</sup> Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen, sowie Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 abgeschlossen haben, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, bilden eigene Kostenblöcke.

<sup>4</sup> Der Bundesrat kann Leistungsbereiche mit einem geringen Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung von der Zuteilung in einen Kostenblock ausnehmen.

#### *Art. 54b*      Kostenziele der Kantone

<sup>1</sup> Jeder Kanton legt unter Berücksichtigung der Kriterien nach Artikel 54 Absatz 3 seine Kostenziele fest für:

- a. die gesamten Leistungen;
- b. die einzelnen Kostenblöcke.

<sup>2</sup> Er kann von den vom Bundesrat für die Kostenblöcke festgelegten Kostenzielen (Art. 54 Abs. 1 Bst. b) abweichen, soweit er sein vom Bundesrat vorgegebenes kantonales Gesamtkostenziel (Art. 54 Abs. 2 Bst. a) unter Einbezug der Toleranzmarge einhält.

<sup>3</sup> Die Kantone hören die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kostenziele und Kostenblöcke an.

<sup>4</sup> Sie teilen die von ihnen festgelegten Kostenziele dem BAG mit. Dieses prüft die Zielerreichung und teilt das Ergebnis den Kantonen mit. Es veröffentlicht das Ergebnis in geeigneter Form.

*Art. 54c* Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung

<sup>1</sup> Der Bundesrat legt die Kostenziele spätestens zwölf Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.

<sup>2</sup> Für die Kostenblöcke nach Artikel 54a Absatz 3 legt er die Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.

<sup>3</sup> Jeder Kanton legt seine Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.

<sup>4</sup> Legt ein Kanton seine Kostenziele nicht rechtzeitig fest, so gelten die vom Bundesrat festgelegten Kostenziele ohne die Toleranzmarge.

*Art. 54d* Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele

<sup>1</sup> Liegen die effektiven Kostensteigerungen in einem Jahr über den vom Kanton festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4.

<sup>2</sup> Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder vereinbaren sie Massnahmen, die für die Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann die Kantonsregierung folgende Massnahmen verfügen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:

- a. gesenkte Tarife festlegen;
- b. Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge festlegen;
- c. für ambulant und ausserhalb eines Spitals erbrachte ärztliche Leistungen nach Fachrichtung und Art der Leistungserbringer abgestufte Tarife festlegen.

<sup>3</sup> Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen nach Artikel 52 in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so kann das EDI die Tarife und Preise wie folgt senken, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:

- a. generell;
- b. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einem oder mehreren Leistungsbereichen;
- c. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einer oder mehreren therapeutischen Gruppen.

<sup>4</sup> Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen, für die vom Bundesrat nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigte Tarifverträge abgeschlossen wurden, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, in einem Jahr über den

vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifpartner die Tarifverträge so anpassen, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4. Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder wird die Genehmigung des Tarifvertrags mit der Begründung abgelehnt, dass die Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2 erlassen.

<sup>5</sup> Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien.

<sup>6</sup> Die Kantone teilen dem BAG mit, welche Massnahmen sie getroffen haben. Das BAG veröffentlicht diese.

*Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:*

<sup>2</sup> [...], so verfügt die Kantonsregierung folgende Massnahmen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: [...]

<sup>3</sup> [...], so senkt das EDI die Tarife und Preise wie folgt, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:

<sup>4</sup> [...] so erlässt das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2.

<sup>5</sup> Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien. Im Falle von aussergewöhnlichen Ereignissen wie Epidemien können sie auf Massnahmen verzichten.

*Art. 54e* Eidgenössische Kommission für Kostenziele

<sup>1</sup> Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission für Kostenziele ein.

<sup>2</sup> Die Kommission berät den Bundesrat bei der Festlegung der Kostenziele, der Toleranzmarge und der Kostenblöcke.

<sup>3</sup> Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer, der Versicherten sowie von Fachleuten.

*Art. 55*

*Aufgehoben*

*Art. 64 Abs. 7 Bst. b und c*

<sup>7</sup> Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- b. Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden;

- c. Leistungen der Erstberatungsstelle, die mit der Pauschale nach Artikel 40c als abgedeckt gelten.

## II

Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.

## III

*Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...*

<sup>1</sup> 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 Versicherer nach Artikel 58a gemäss der Änderung vom 21. Juni 2019<sup>7</sup> ab.

<sup>2</sup> Ärzte und Ärztinnen, die mindestens während der zwei Jahre vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... zugelassen und in der medizinischen Grundversorgung tätig waren, ohne über einen der Weiterbildungstitel nach Artikel 40a Absatz 3 Buchstabe a zu verfügen, können die Funktion einer Erstberatungsstelle nach Artikel 40a Absatz 3 ausüben, wenn sie die spezifischen hausärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten anderweitig erworben haben.

<sup>3</sup> Die kantonalen Referenztarife für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen müssen spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Anforderungen nach Artikel 41 Absatz 1<sup>bis</sup> entsprechen.

<sup>4</sup> 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<sup>ter</sup> einigen, so legt der Bundesrat den Standard fest.

<sup>5</sup> Die statistischen Grundlagen zur Einführung der Kostenziele nach den Artikeln 54–54e müssen spätestens für das zweite Jahr nach Inkrafttreten der Änderung vom... von den Versicherern dem BAG zur Verfügung gestellt werden.

*Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:*

<sup>6</sup> Die zuständige Behörde ist verpflichtet, spätestens für das achte Jahr nach Inkrafttreten der Änderung vom ... bei Überschreitung der Kostenziele Massnahmen nach Artikel 54d zu treffen.

<sup>7</sup> 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<sup>septies</sup> Buchstabe b KVG übertragen.

<sup>7</sup> BBl 2019 4469

#### IV

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

<sup>2</sup> Es ist der indirekte Gegenvorschlag zur Volksinitiative vom 10. März 2020<sup>8</sup> «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)».

<sup>3</sup> Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

## **Änderung anderer Erlasse**

Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:

### **1. Bundesgesetz vom 19. Juni 1959<sup>9</sup> über die Invalidenversicherung**

*Art. 14* Umfang der medizinischen Massnahmen und Voraussetzungen für die Leistungsübernahme

<sup>1</sup> Die medizinischen Massnahmen umfassen:

- a. die Behandlungen und die dazugehörenden Untersuchungen, die ambulant oder stationär, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von:
  1. Ärztinnen oder Ärzten,
  2. Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren,
  3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes beziehungsweise einer Chiropraktorin oder eines Chiropraktors Leistungen erbringen;
- b. medizinische Pflegeleistungen, die ambulant erbracht werden;
- c. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
- d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;
- e. den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung;
- f. die Leistung der Apothekerinnen und Apotheker bei der Abgabe von nach Buchstabe c verordneten Arzneimitteln;
- g. die medizinisch notwendigen Transportkosten.

<sup>2</sup> Für medizinischen Massnahmen gilt Artikel 32 KVG<sup>10</sup> sinngemäss. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.

<sup>3</sup> Die Versicherung übernimmt keine Kosten für logopädische Massnahmen.

<sup>9</sup> SR 831.20

<sup>10</sup> SR 832.10

<sup>4</sup> Beim Entscheid über die Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Behandlungen ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.

*Art. 14<sup>bis</sup> Sachüberschrift und erster Satz*

*Betrifft nur den französischen Text.*

*Art. 14<sup>ter</sup> Bezeichnung der Leistungen*

<sup>1</sup> Der Bundesrat bestimmt:

- a. die Voraussetzungen der medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 12 Absatz 3;
- b. die Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Artikel 13 gewährt werden;
- c. die medizinischen Pflegeleistungen, für die die Kosten übernommen werden.

<sup>2</sup> Er kann vorsehen, dass die Kosten für medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 12 übernommen werden, die den Grundsätzen nach Artikel 14 Absatz 2 nicht entsprechen, wenn diese Massnahmen für die Eingliederung notwendig sind. Er bestimmt Art und Umfang der Massnahmen.

<sup>3</sup> Er kann die Vergütung von Arzneimitteln regeln, die:

- a. angewendet werden:
  1. ausserhalb der durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zugelassenen Fachinformation, oder
  2. ausserhalb des Indikationsbereichs, der in der Spezialitätenliste oder in der gestützt auf Absatz 5 erstellten Liste festgehalten ist;
- b. in der Schweiz zugelassen sind, jedoch nicht in der Spezialitätenliste oder in der gestützt auf Absatz 5 erstellten Liste aufgenommen sind; oder
- c. in der Schweiz nicht zugelassen sind.

<sup>4</sup> Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) oder dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) übertragen.

<sup>5</sup> Das zuständige Bundesamt erstellt eine Liste der Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen nach Artikel 13, einschliesslich der Höchstpreise, sofern sie nicht bereits auf der Spezialitätenliste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG<sup>11</sup> aufgeführt sind.

<sup>6</sup> Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach 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 dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten.

<sup>11</sup> SR 832.10

<sup>7</sup> Der Bundesrat regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 6 vorgehen werden können;
- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung.

<sup>8</sup> Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004<sup>12</sup> wird verweigert, sofern diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach den Absätzen 6 und 7 betreffen.

*Art. 47b*            Elektronische Rechnungsstellung

Das BSV bezeichnet die Leistungserbringer, die ihre Rechnungen in elektronischer Form zu übermitteln haben. Der Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung richtet sich dabei nach dem Standard nach Artikel 42 Absatz 3<sup>ter</sup> KVG<sup>13</sup>.

## **2. Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014<sup>14</sup>**

*Art. 48 Bst. c*

*Aufgehoben*

<sup>12</sup> SR 152.3

<sup>13</sup> SR 832.10

<sup>14</sup> SR 832.12