

Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Entwurf vom 18. September 2000

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 18. September 2000, beschliesst: Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

I

Art. 13 Abs. 2 Bst. f (neu)

² Die Versicherer müssen insbesondere:

- f. alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren anderen Versicherern eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anbieten, die im Sinne der Artikel 41 Absatz 4 und 62 Absatz 2 eine eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers beinhalten.

Art. 21 Abs. 4

⁴ Spitäler, Pflegeheime und Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege müssen den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt geben, die diese benötigen, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Die Anonymität der Versicherten muss gewahrt werden.

Art. 25 Abs. 2 Bst. e und f

² Diese Leistungen umfassen:

- e. den Aufenthalt in einem Spital;
- f. den Aufenthalt in einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege;

Art. 35 Abs. 1 und 2 Bst. i

¹ Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, die:

- a. die Voraussetzungen nach Artikeln 36–40 erfüllen und;
- b. soweit sie im ambulanten Bereich tätig und über 65 Jahre alt sind, einen Vertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben.

² Leistungserbringer sind:

- i. Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege;

Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e sowie Abs. 2, 3, 4 (neu)

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sowie Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die

teilstationäre Krankenpflege anbieten (Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege), sind zugelassen, wenn sie:

- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen;
- e. auf der in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

² 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.

³ Die Spitalliste nach Absatz 1 Buchstabe e muss sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler und Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege des Kantons, die über einen Leistungsauftrag verfügen, umfassen; sie kann auch Spitäler und Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege in anderen Kantonen umfassen, für die der Kanton mit einem oder mehreren anderen Kantonen oder mit denen er direkt eine Vereinbarung abgeschlossen hat.

⁴ Die Bestimmungen über die Zulassung (Abs. 1), die Planung (Abs. 2) und die Festsetzung von Listen (Abs. 3) gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheime).

Art. 41 Abs. 1, 2 Bst. b und 3

¹ Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der in Spitälern oder Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege gilt, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

² 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 oder teilstationärer Behandlung in Spitälern oder Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

³ Bei einer stationären oder teilstationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege ausserhalb des Wohnkantons vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil.

Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern und Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege

¹ Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) und der teilstationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die einheitlichen Strukturen können in Kategorien aufgeteilt werden. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

² Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.

³ Die Vergütungen nach den Absätzen 1 und 2 werden je zur Hälfte vom Versicherer und dem jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für Lehre und Forschung enthalten. Die Kantone können bestimmen, dass sie bestimmte Leistungsbereiche separat finanzieren.

⁴ Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach den Absätzen 1, 2 und 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.

⁵ Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1–4 sind die Ansprüche des Spitals wie der Einrichtung der teilstationären Krankenpflege für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

⁶ Die Vertragspartner vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

⁷ Die Spitäler und Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege 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. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Bestimmungen.

⁸ Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern sowie Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege an. Die Spitäler, die Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege deutlich über den Kosten vergleichbarer Betriebe liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege 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. 4) 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

¹ Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler, der Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 3 bleibt vorbehalten.

Art. 52 Abs. 1 Bst. b

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

- b. erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika sowie wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten zu enthalten.

Art. 53 Abs. 1

¹ Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 49 Absatz 8, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

Art. 59 Ausschluss von Leistungserbringern

¹ Will ein Versicherer oder ein Verband von Versicherern einem Leistungserbringer aus wichtigen Gründen, insbesondere bei Verstössen gegen die Anforderungen nach den Artikeln 56 und 58, die Tätigkeit nach diesem Gesetz nicht oder nicht mehr gestatten, so hat das Schiedsgericht nach Artikel 89 zu entscheiden. Der Leistungserbringer wird nach vorgängiger Anhörung vom Versicherer oder vom Verband der Versicherer in schriftlicher Form gemahnt.

² Wichtige Gründe im Sinne von Absatz 1 sind insbesondere:

- a. die Überarztung;
- b. die nicht oder schlecht erfolgte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;
- c. die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 zu beteiligen;
- d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44;
- e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3;
- f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen.

Art. 61a (neu) Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

¹ Werden fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, hat der Versicherer die versicherte Person schriftlich zu mahnen und räumt ihr eine Nachfrist von dreissig Tagen ein. Der Versicherer weist auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hin.

² Hat die Mahnung keine Zahlung zur Folge, schiebt der Versicherer nach Ablauf der Nachfrist die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer die zuständige Sozialhilfebehörde am Wohnort der versicherten Person über den Leistungsaufschub. Vorbehalten bleiben kantonale Vorschriften, namentlich solche, welche eine vorhergehende Meldung an die für die Prämienverbilligung zuständige Behörde vorsehen.

³ Sind die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt, so hat der Versicherer die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubes zu übernehmen.

⁴ Wechselt säumige Versicherte den Versicherer, informiert der bisherige Versicherer den neuen Versicherer über die ergangenen Mahnungen und eingeleiteten Betreibungen. Vom bisherigen Versicherer gemahnte oder betriebene Forderungen haben auch beim neuen Versicherer einen Leistungsaufschub zur Folge. Der bisherige Versicherer informiert den neuen Versicherer, sobald die bei ihm ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind.

⁵ Der Bundesrat regelt die Einzelheiten des Prämieninkassos, des Mahnverfahrens und hinsichtlich der Folgen des Zahlungsverzuges.

Art. 62 Abs. 3

³ Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 66a bleibt in jedem Fall vorbehalten.

*5. Abschnitt: Risikoausgleich (neu)**Art. 66a (neu)*

¹ Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.

² Für den Vergleich massgebend sind die Strukturen der Bestände innerhalb eines Kantons und jedes Versicherers.

³ Die gemeinsame Einrichtung führt den Risikoausgleich unter den Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone durch.

⁴ Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich unter Wahrung der Anreize zur Kosteneinsparung durch die Versicherer.

⁵ Der Bundesrat regelt ferner:

- die Erhebung von Verzugszinsen und die Ausrichtung von Vergütungszinsen;
- die Leistung von Schadenersatz;
- die Frist, nach deren Ablauf die gemeinsame Einrichtung eine Neuberechnung des Risikoausgleichs ablehnen darf.

Art. 79 Abs. 2bis (neu)

^{2bis} Der Wohnkanton hat ein Rückgriffsrecht analog zu den Absätzen 1 und 2 für die Beiträge, die er nach Artikel 41 Absatz 3 und 49 Absatz 3 geleistet hat.

Art. 104a Abs. 2

² 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.

Art. 105

Aufgehoben

II

Übergangsbestimmungen

¹ Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die Versicherer besondere Versicherungsformen nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f anbieten müssen.

² Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 auf einheitlichen Strukturen zu beruhen haben. Die Einführung kann zeitlich gestaffelt erfolgen. Er bestimmt ebenfalls, wie die Investitionen, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung getätigt wurden, in die Tarifberechnung einbezogen werden.

³ Mit Inkrafttreten dieser Änderung wird der Anteil der Versicherer an den Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 3 zu Beginn jedes Kalenderjahres um einen Prozentpunkt erhöht, so dass der hälftige Anteil an diesen Vergütungen im fünften Kalenderjahr erreicht wird.

III

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Es tritt am in Kraft.