
Volksabstimmung

24. November 2024

Erste Vorlage

Bundesbeschluss über den Ausbauschnitt 2023 für die Nationalstrassen

Zweite Vorlage

Änderung des Obligationen- rechts (Mietrecht: Untermiete)

Dritte Vorlage

Änderung des Obligationen- rechts (Mietrecht: Kündigung wegen Eigenbedarfs)

Vierte Vorlage

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Erste Vorlage**Bundesbeschluss über den Ausbauschnitt 2023
für die Nationalstrassen**

| | | |
|-----------------|---|-----|
| In Kürze | → | 4–5 |
| Im Detail | → | 12 |
| Argumente | → | 18 |
| Abstimmungstext | → | 22 |

Zweite Vorlage**Änderung des Obligationenrechts (Mietrecht: Untermiete)**

| | | |
|-----------------|---|-----|
| In Kürze | → | 6–7 |
| Im Detail | → | 24 |
| Argumente | → | 28 |
| Abstimmungstext | → | 32 |

Dritte Vorlage**Änderung des Obligationenrechts (Mietrecht: Kündigung
wegen Eigenbedarfs)**

| | | |
|-----------------|---|-----|
| In Kürze | → | 8–9 |
| Im Detail | → | 34 |
| Argumente | → | 38 |
| Abstimmungstext | → | 42 |

Vierte Vorlage**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
(KVG) (Einheitliche Finanzierung der Leistu**

| | | |
|-----------------|---|-------|
| In Kürze | → | 10–11 |
| Im Detail | → | 44 |
| Argumente | → | 52 |
| Abstimmungstext | → | 56 |



Die Videos zu den
Abstimmungen:
admin.ch/videos-de



Die App zu den
Abstimmungen:
VoteInfo

In Kürze

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Ausgangslage

In der Schweiz werden die Leistungen, die von der obligatorischen Krankenversicherung gedeckt sind, nicht einheitlich finanziert. Bei ambulanten Behandlungen (in der Arztpraxis, beim Therapeuten oder im Spital ohne Übernachtung) bezahlt die Krankenkasse. Bei stationären Behandlungen (im Spital mit Übernachtung) übernimmt der Kanton mindestens 55 Prozent der Kosten, bei Pflegeleistungen zu Hause oder im Pflegeheim knapp die Hälfte. Den Rest übernimmt jeweils die Krankenkasse. Dies führt zu Fehlanreizen: Patientinnen und Patienten werden unnötig oft stationär behandelt, auch wenn eine ambulante Behandlung medizinisch sinnvoller und insgesamt günstiger wäre.

Die Vorlage

Das Parlament hat mit einer Änderung des Krankenversicherungsgesetzes beschlossen, dass alle Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung von Krankenkassen und Kantonen gemeinsam und nach demselben Verteilschlüssel finanziert werden. Die Kantone übernehmen neu bei allen Leistungen mindestens 26,9 Prozent der Kosten, die Krankenkassen höchstens 73,1 Prozent. Diese einheitliche Finanzierung soll Fehlanreize verringern sowie ambulante Behandlungen und die Zusammenarbeit von Ärztinnen, Therapeuten, Pflegenden und Apothekerinnen fördern. Da Kantone und Krankenkassen alle Leistungen gemeinsam finanzieren, haben sie ein grösseres Interesse, die jeweils medizinisch sinnvollste und günstigste Behandlung zu fördern. Das soll auch die Prämienzahlenden entlasten. Gegen die Reform wurde das Referendum ergriffen.

| | | |
|-------------------|---|----|
| Vorlage im Detail | → | 44 |
| Argumente | → | 52 |
| Abstimmungstext | → | 56 |

Abstimmungsfrage **Wollen Sie die Änderung vom 22. Dezember 2023 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) annehmen?**

Empfehlung von Bundesrat und Parlament

Ja

Für Bundesrat und Parlament reduziert die einheitliche Finanzierung kostentreibende Fehlanreize im Gesundheitswesen. Sie fördert ambulante Behandlungen und hilft, unnötige Spitalaufenthalte zu vermeiden. Damit wird die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert und es werden Kosten gespart.

[admin.ch/finanzierung-gesundheitsleistungen](https://www.admin.ch/finanzierung-gesundheitsleistungen)

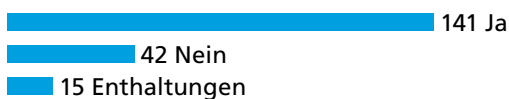
Empfehlung des Referendumskomitees

Nein

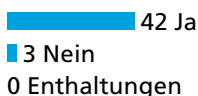
Für das Komitee erhalten die Krankenkassen mit der Reform zu viel Kontrolle über unser Gesundheitssystem. Die Reform zwingt die Bevölkerung, noch höhere Prämien zu bezahlen, sie fördere eine Zweiklassenmedizin und sie beschleunige den Leistungsabbau bei der Pflege zu Hause und im Pflegeheim.

[stop-efas.ch](https://www.stop-efas.ch)

Abstimmung im Nationalrat



Abstimmung im Ständerat



Im Detail

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Einheitliche Finanzierung der Leistungen)

Ausgangslage

Die Menschen in der Schweiz erhalten über die obligatorische Krankenversicherung die notwendigen medizinischen Behandlungen. Finanziert werden die Leistungen über Krankenkassenprämien, über Beiträge der Kantone und über die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten. Wegen der wachsenden Gesundheitskosten sind in den letzten Jahren die Krankenkassenprämien stark gestiegen. Ein Grund dafür ist, dass die Gesundheitsleistungen nicht einheitlich finanziert werden. Dadurch entstehen Fehlanreize: Es gibt unnötig viele stationäre Behandlungen, obwohl ambulante Behandlungen oft medizinisch sinnvoller und günstiger wären.

| | | |
|-----------------------------------|---|----|
| Argumente Referendumskomitee | → | 52 |
| Argumente Bundesrat und Parlament | → | 54 |
| Abstimmungstext | → | 56 |

Finanzierung der Leistungen der Krankenversicherung

In der Schweiz werden Gesundheitsleistungen heute je nach Behandlungsart unterschiedlich finanziert:¹

1. **Ambulant** (in der Arztpraxis, bei einer Therapeutin oder im Spital ohne Übernachtung): Die Finanzierung läuft vollständig über die Krankenkassen. Der Kanton beteiligt sich nicht. Die Kosten für ambulante Behandlungen beliefen sich 2022 auf rund 23 Milliarden Franken.
2. **Stationär** (im Spital mit Übernachtung): Der Wohnkanton der Patientin oder des Patienten beteiligt sich mit mindestens 55 Prozent an den Kosten. Dies wird aus Steuergeldern finanziert. Den Rest übernimmt die Krankenkasse. Die Kosten für stationäre Behandlungen beliefen sich 2022 auf rund 15 Milliarden Franken.
3. **Pflegeleistungen** (im Pflegeheim und zu Hause): Die Patientinnen und Patienten und die Krankenkassen übernehmen einen festen Beitrag. Den Rest bezahlt der Wohnkanton; heute ist das etwas weniger als die Hälfte der Kosten. Die Kosten für Pflegeleistungen beliefen sich 2022 auf rund 6 Milliarden Franken.

Bei allen Behandlungsarten beteiligen sich die Patientinnen und Patienten über die Franchise und den Selbstbehalt an den Kosten.

1 Alle Beträge im Textkasten «Finanzierung der Leistungen der Krankenversicherung» sind Nettokosten, also Kosten nach Abzug der Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten (Franchise und Selbstbehalt) und nach Abzug des Beitrags der Patientinnen und Patienten an die Kosten der Pflegeleistungen.
Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Angaben der Kantone zu ihrem Finanzierungsanteil im stationären Bereich sowie Schätzungen des BAG auf der Basis einer Studie zur Restfinanzierung der Kantone im Bereich der Pflegeleistungen ([bag.admin.ch](https://www.bag.admin.ch) > Das BAG > Publikationen > Forschungsberichte > Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung > Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG [Infras 2021]).

Mehr ambulante
Behandlungen
möglich

Dank des medizinischen Fortschritts können heute immer mehr Behandlungen ambulant erfolgen, also ohne Übernachtung in einem Spital. Das ist wünschenswert, weil ambulante Behandlungen medizinisch häufig sinnvoller und meistens günstiger sind. Für die Patientinnen und Patienten fällt die Übernachtung im Spital weg. Und das Pflegepersonal hat weniger Nachtschichten und regelmässige Arbeitszeiten.

Langsame
Verlagerung in
der Schweiz

In der Schweiz ist die Entwicklung hin zu ambulanten Behandlungen im Gange. Viele Eingriffe werden aber immer noch stationär vorgenommen, auch wenn dies medizinisch nicht notwendig ist. In der Schweiz werden deutlich weniger Eingriffe ambulant durchgeführt als in den Nachbarländern und in fast allen anderen europäischen Staaten.²

Finanzielle Fehl-
anreize bremsen
Verlagerung

Das heutige Finanzierungssystem bremst die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich. Für Krankenkassen ist es momentan zu wenig attraktiv, ambulante Behandlungen zu fördern, denn sie müssen diese allein finanzieren. Bei stationären Leistungen hingegen müssen sich die Kantone zu mindestens 55 Prozent an den Kosten beteiligen. Das macht stationäre Behandlungen für die Krankenkassen finanziell oft attraktiver. Auch für die Spitäler sind ambulante Behandlungen nicht so attraktiv, denn für stationäre Behandlungen erhalten sie meist mehr Geld.

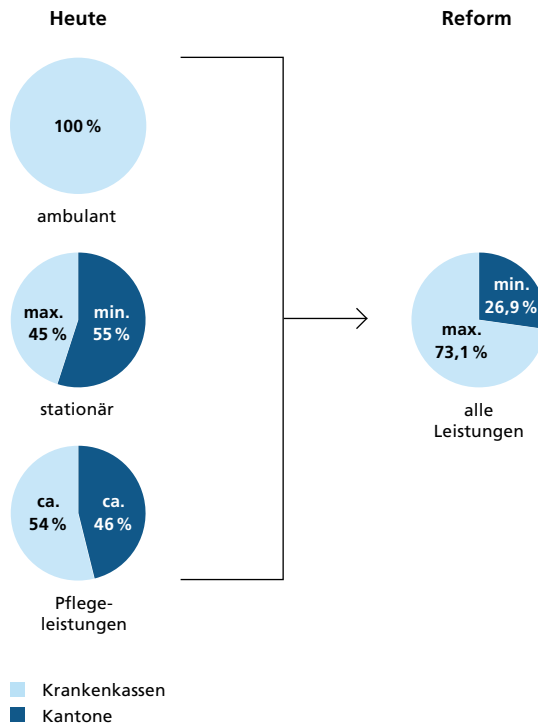
**Reform soll ambu-
lante Behandlungen fördern**

Das Parlament will diese Fehlanreize korrigieren und hat deshalb eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung beschlossen: Mit einer einheitlichen Finanzierung sollen alle Leistungen nach demselben Verteilschlüssel finanziert werden – egal ob sie ambulant, stationär oder im Pflegeheim erbracht werden. Die Kantone übernehmen immer mindestens 26,9 Prozent und die Krankenkassen höchstens

² In der Schweiz wurden 2021 knapp 20 % der Eingriffe ambulant durchgeführt. In Deutschland und Österreich lag dieser Anteil bei rund 30 %, in Italien bei rund 40 %, in Frankreich und weiteren Ländern wie Dänemark oder Schweden bei über 50 % (Berechnungen des BAG auf der Basis von Daten der OECD: data-explorer.oecd.org > Topic > Health > Healthcare Use > Surgical Procedures).

73,1 Prozent der Kosten.³ Da Kantone und Krankenkassen neu alle Leistungen gemeinsam finanzieren, steigt für beide der Anreiz, die jeweils medizinisch sinnvollste und günstigste Behandlung zu fördern. Dies soll die Verlagerung von stationären hin zu ambulanten Leistungen beschleunigen.

Finanzierung der Leistungen heute und bei Annahme der Reform Aufteilung der Nettokosten*



*Nettokosten: Kosten nach Abzug der Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten (Franchise und Selbstbehalt) und nach Abzug des Beitrags der Patientinnen und Patienten an die Kosten der Pflegeleistungen

Quellen: Krankenversicherungsgesetz und Schätzungen des Bundesamts für Gesundheit (siehe Fussnote S.45); Situation «heute» bezieht sich auf Zahlen von 2022.

- 3 Die Anteile wurden anhand der Daten der Jahre 2016–2019 berechnet. Damit übernehmen Kantone und Krankenkassen in Zukunft dauerhaft denjenigen Anteil an den Kosten, den sie im Durchschnitt der Jahre 2016–2019 getragen haben.

**Koordination
erhöht Qualität
und senkt Kosten**

Die einheitliche Finanzierung soll die koordinierte Versorgung fördern. Eine gute Koordination zwischen Ärztinnen, Pflegenden, Therapeutinnen und Apothekern über die ganze Behandlungskette hinweg erhöht die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten. Es können unnötige Spitaleintritte vermieden und Eintritte ins Pflegeheim hinausgezögert werden. Das spart auch Kosten.

**Koordination
soll sich lohnen**

Die Koordinationsarbeit ist teilweise aufwendig. Sie findet vor allem im ambulanten Bereich statt. Der Aufwand dafür geht heute allein zulasten der Krankenkassen. Die Einsparungen hingegen, etwa durch vermiedene Spitaleintritte, fallen oft im stationären Bereich an. Sie gehen also mehrheitlich zugunsten der Kantone. Für die Krankenkassen ist es deshalb heute kaum attraktiv, die Koordination umfassend zu fördern. Mit der einheitlichen Finanzierung soll die koordinierte Versorgung für alle Akteure attraktiver werden: Die Krankenkassen tragen neu einen kleineren Teil der ambulanten Kosten und profitieren vermehrt von den Einsparungen im stationären Bereich. So sollte für sie der Anreiz steigen, Modelle für eine koordinierte Versorgung zu entwickeln und sie für Ärztinnen, Pflegenden, Spitäler und andere attraktiv zu machen.

**Reform soll
Prämienzahlende
entlasten**

Werden heute Behandlungen ambulant statt stationär durchgeführt, so geht dies allein zulasten der Krankenkassen und damit der Prämienzahlenden. Deshalb sind in den letzten Jahren die Prämien deutlich stärker gestiegen als die Beiträge der Kantone an die Kosten der Gesundheitsleistungen. Mit der einheitlichen Finanzierung beteiligen sich auch die Kantone an den zunehmenden Kosten der ambulanten Behandlungen. Das soll dazu führen, dass die Prämien weniger stark steigen.

Aufgabenteilung in der Krankenversicherung

Die obligatorische Krankenversicherung bietet allen Versicherten denselben Leistungskatalog. Der Bundesrat legt den Katalog fest. Die Leistungserbringer (Ärztinnen, Spitäler, Therapeuten usw.) und die Krankenkassen vereinbaren die Tarife für die Leistungen. Die Kantone oder der Bundesrat prüfen und genehmigen die Tarife. Die Kantone bestimmen, welche Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen dürfen. Die Ärztinnen und Therapeuten entscheiden zusammen mit den Patientinnen und Patienten, welche Behandlungen medizinisch sinnvoll und nötig sind. Die Krankenkassen prüfen, ob die Rechnungen korrekt sind und ob die Leistungen die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, und übernehmen die Kosten. Diese Aufgabenteilung bleibt mit der einheitlichen Finanzierung unverändert.

Kantone erhalten zusätzliche Steuerungs-möglichkeiten

Mit der Reform erhalten die Kantone neue Möglichkeiten, um das Angebot und damit auch die Kosten im ambulanten Bereich zu steuern. So können sie in Zukunft nicht nur die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten regeln, sondern neu zum Beispiel auch jene von Therapeutinnen und Therapeuten. Und sie erhalten von den Krankenkassen mehr Informationen, damit sie etwa die Spital- und Pflegeheimplanung und die Aufsicht über die Spitäler und Arztpraxen besser wahrnehmen können. Das sorgt für mehr Transparenz bei den Kosten. Die Kompetenzen der Krankenkassen bleiben dagegen unverändert. Sie vereinbaren weiterhin Tarife mit den Spitälern, Ärztinnen und Therapeuten, kontrollieren die Rechnungen und können neue Versicherungsmodelle entwickeln.

Einführung von Tarifen im Pflegebereich

Für die Pflegeleistungen im Pflegeheim und zu Hause bezahlen die Patientinnen und Patienten und die Krankenkassen heute feste Beiträge. Die Kantone sind für die Restfinanzierung zuständig. Diese ist uneinheitlich und bisher teilweise unzureichend. Neu werden für die Vergütung der Pflegeleistungen Tarife eingeführt. Die Leistungserbringer (Pflegeheime,

Organisationen der Krankenpflege zu Hause, selbstständige Pflegefachpersonen) vereinbaren die Tarife mit den Krankenkassen. Die vereinbarten Pflēgetarife müssen die Kosten decken, die eine effiziente Pflege verursacht. Die Krankenkassen übernehmen von diesen Kosten höchstens 73,1 Prozent und die Kantone mindestens 26,9 Prozent. Die Pflegebedürftigen leisten weiterhin einen Beitrag an die Pflegekosten. Dieser Beitrag wird wie heute vom Bundesrat festgelegt.

Mögliches Sparpotenzial

Das Sparpotenzial der Reform kann nur grob geschätzt werden. Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit veranschlagt das mögliche Sparpotenzial auf bis zu 440 Millionen Franken pro Jahr.⁴

4 Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung [Polynomics 2022]
([🔗 bag.admin.ch](https://www.bag.admin.ch) > Das BAG > Publikationen > Forschungsberichte > Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung)

Argumente

Referendumskomitee

Die Reform des Krankenversicherungsgesetzes zur Finanzierung der Leistungen (EFAS) ist das Ergebnis einer Lobby-Offensive der Krankenkassen und privater Investorengruppen. Sie muss abgelehnt werden. Die Krankenkassen dürfen nicht die Kontrolle über unser Gesundheitssystem übernehmen. Es darf nicht sein, dass die Kassen statt der Patientinnen und Patienten und ihrer Ärztinnen und Ärzte entscheiden, welche Behandlungen nötig sind. Es braucht ein Nein zur EFAS-Vorlage, denn diese zwingt die Bevölkerung, noch höhere Prämien zu bezahlen, sie fördert eine Zweiklassenmedizin und sie beschleunigt den Leistungsabbau bei der Pflege zu Hause und im Pflegeheim.

Mehr Macht für die Krankenkassen

Heute beteiligen sich die Kantone direkt an der Finanzierung der Spitäler und der Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim. Die Kantone können bestimmen, welche Ausgaben getätigt werden müssen, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen. Mit EFAS werden sich die Kantone damit begnügen müssen, die von den Krankenkassen erstellten Rechnungen zu bezahlen. Die Krankenkassen hingegen können das System finanziell steuern, und sie können dies zu ihrem eigenen Vorteil nutzen. EFAS muss abgelehnt werden, damit nicht die Krankenkassen statt der Kranken und ihrer Ärztinnen und Ärzte entscheiden, welche Behandlungen nötig sind.

EFAS beschleunigt den Prämienanstieg

EFAS ändert den Schlüssel für die Kostenverteilung zwischen den Krankenkassen und den Kantonen. Die Kantone werden ihren Anteil an der Pflegefinanzierung reduzieren können. Weniger Finanzierung durch die Kantone ist gleichbedeutend mit höheren Prämien. Nach Schätzungen von Santéuisse, einem der Dachverbände der Krankenkassen, werden die Prämien mit EFAS schneller steigen als ohne EFAS.

Gefahr für ältere Menschen

Bei Pflegeleistungen zu Hause oder im Pflegeheim sind die Kantone heute dazu verpflichtet, sich an den Kosten zu beteiligen, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Dadurch müssen die betroffenen Menschen nur relativ wenig selbst bezahlen. Mit EFAS können die Kantone ihre Ausgaben senken. Gleichzeitig erhalten die Versicherer einen grossen Spielraum: Sie können ihre Kosten begrenzen, indem sie zu tiefe Tarife erzwingen. EFAS öffnet also Tür und Tor für eine Rationierung der Gesundheitsversorgung älterer Menschen, die oft sehr abhängig und alleine sind.

EFAS treibt Privatisierungen voran

Der Rückzug der Kantone, den die Befürworter von EFAS wollen, begünstigt gewinnorientierte private Konzerne. EFAS rollt den roten Teppich aus für Investoren, die an den Gewinnen interessiert sind, die sich mit der Pflege älterer Menschen erzielen lassen.


EFAS ignoriert das Gesundheitspersonal

Eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität hängt direkt von den Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals ab. EFAS geht in keiner Weise auf die Bedürfnisse des Personals ein. Im Gegenteil: Die Reform folgt derselben Logik, die auch dazu führt, dass öffentliche Spitäler Personal entlassen, um Kosten zu sparen.

Empfehlung des Referendumskomitees

Darum empfiehlt das Referendumskomitee:

Nein

 stop-efas.ch

Argumente

Bundesrat und Parlament

Die Leistungen, die von der obligatorischen Krankenversicherung gedeckt sind, werden heute nicht einheitlich finanziert. Dies führt zu Fehlanreizen und unnötig teuren Behandlungen. Die einheitliche Finanzierung fördert ambulante Behandlungen, die medizinisch häufig sinnvoller und auch günstiger sind als stationäre. Sie begünstigt zudem die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen, Therapeuten, Pflegenden, Spitälern und Pflegeheimen. Das ist zum Wohl der Patientinnen und Patienten und dämpft das Kostenwachstum. Bundesrat und Parlament befürworten die Reform insbesondere aus folgenden Gründen:

Breit abgestützte Reform

Die einheitliche Finanzierung beseitigt offensichtliche Fehlanreize im Gesundheitswesen. Die Reform wird seit vielen Jahren von unterschiedlichster Seite gefordert. Hinter der nun gefundenen Lösung stehen neben Bundesrat und Parlament zahlreiche Gesundheitsorganisationen, darunter Ärzteverbände, Spitäler, Pflegeheime, Spitex-Organisationen und Krankenkassen.

Ambulante Behandlungen fördern

Die einheitliche Finanzierung fördert die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich. Davon profitieren die Patientinnen und Patienten, weil unnötige Spitalaufenthalte vermieden werden. Das spart auch Kosten, weil ambulante Behandlungen meist günstiger sind.

Zusammenarbeit verbessern

Die einheitliche Finanzierung fördert die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapeutinnen, Pflegenden, Spitälern und Pflegeheimen, weil entsprechende Modelle für die Akteure attraktiver werden. Diese koordinierte Versorgung nützt den Patientinnen und Patienten, indem Gesundheitsprobleme rascher erkannt, unnötige Behandlungen vermieden und die Versorgungsqualität verbessert werden.

Sparpotenzial ausschöpfen

Die Verlagerung hin zu meist günstigeren ambulanten Behandlungen und die bessere Koordination der Behandlungen dämpfen das Kostenwachstum. Das Sparpotenzial der Reform beträgt schätzungsweise bis zu 440 Millionen Franken pro Jahr.

Prämienzahlende entlasten

In den letzten Jahren hat der Anteil der Gesundheitskosten, der mit Prämien finanziert wird, stetig zugenommen. Dies belastet kleine und mittlere Einkommen besonders. Mit der Reform beteiligen sich die Kantone wieder mehr an den Kosten. Damit wird der Prämienanstieg gedämpft.

Pflegeleistungen zuverlässig finanzieren

Die Pflege im Pflegeheim und zu Hause erhält eine stabile und zuverlässige Finanzierung. Pflegeeinrichtungen und Krankenkassen vereinbaren zusammen Tarife. Diese müssen die Kosten decken, die eine effiziente Pflege verursacht, und ersetzen das bisherige Modell mit der teilweise unzureichenden Restfinanzierung durch die Kantone. Damit verbessern sich die Rahmenbedingungen für die Pflegeeinrichtungen und das Personal.

Regelmässige Arbeitszeiten

Fallen unnötige Übernachtungen im Spital weg, so profitiert auch das Pflegepersonal: Es hat weniger Nachtschichten und regelmässige Arbeitszeiten.

Empfehlung von Bundesrat und Parlament

Aus all diesen Gründen empfehlen Bundesrat und Parlament, die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) anzunehmen.

Ja

[📄 admin.ch/finanzierung-gesundheitsleistungen](https://www.admin.ch/finanzierung-gesundheitsleistungen)

§

Abstimmungstext

**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 angemessen zu beteiligen sind.

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

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.

¹ BBl 2019 3499

² BBl 2019 5725

³ SR 832.10

§

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 Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;
- b. dem BAG zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen 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 von:

Art. 25a

Aufgehoben

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

^{2^{bis}} 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.

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

Art. 41 Abs. 1 erster Satz, 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis}–2^{quater}, 3, 3^{bis} 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 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.

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

^{2bis} Absatz ^{1bis} 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 Aufenthaltserinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen;
- c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.

^{2ter} Bei Versicherten nach Absatz ^{2bis} 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 Leistungserbringers 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 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

² ... Bei stationärer Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 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 gemeinsam 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 Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer sowie die Kantone müssen ausgewogen in den Organen der Organisation, die für die sie betreffende Tarifstruktur verantwortlich ist, vertreten sein.

³ Fehlt eine solche Organisation oder entspricht sie nicht den gesetzlichen Anforderungen, 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 interessierten Organisationen fest.

⁵ Die Leistungserbringer und die Versicherer sind verpflichtet, den Organisationen kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung 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.

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

^{2^{bis}} 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:

- 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;

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:

- a. Es handelt sich um Leistungen nach den Artikeln 25–31; ausgenommen sind 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; bei einem Wohnsitzwechsel innerhalb der Schweiz ist der Kanton massgebend, in dem die versicherte Person zu Beginn eines Monats ihren Wohnsitz hat;
 2. 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. Bestreitet 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 innert 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.

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

^{5^{bis}} 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.

^{5^{ter}} 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 % |
| 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 % |

§

| Kanton | Jahr 1 | Jahr 2 | Jahr 3 | Jahr 4 |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 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:

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

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.

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. I) oder die Änderung vom 16. Dezember 2022⁹ des KVG im Rahmen des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (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;

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

⁸ SR 832.10

⁹ BBl 2022 3205

§

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 weitergegeben 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 Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;
- b. dem BAG zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen 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.

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

¹⁰ SR 832.10

¹¹ BBl 2023 2303

**Bundesrat und Parlament empfehlen,
am 24. November 2024 wie folgt zu stimmen:**

Ja

**Bundesbeschluss über den Ausbauschritt 2023
für die Nationalstrassen**

Ja

**Änderung des Obligationenrechts
(Mietrecht: Untermiete)**

Ja

**Änderung des Obligationenrechts
(Mietrecht: Kündigung wegen Eigenbedarfs)**

Ja

**Änderung des Bundesgesetzes über
die Krankenversicherung (KVG)
(Einheitliche Finanzierung der Leistungen)**



Votelfo

Die App zu den Abstimmungen
Mit Erklärvideos und Resultaten

