Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

vom 18. März 1994 (Stand am 1. Juli 2026)

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf Artikel 34bis der Bundesverfassung[1],[2]
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991[3],
beschliesst:

1. Titel:[4] Anwendbarkeit des ATSG

Art. 1

[1] Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000[5] über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das vorliegende Gesetz oder das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014[6] (KVAG) nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.[7]

[2] Sie finden keine Anwendung in folgenden Bereichen:

a. Zulassung und Ausschluss von Leistungserbringern (Art. 35–40 und 59);

b. Tarife, Preise und Globalbudget (Art. 43–55);

c.[8] Ausrichtung der Prämienverbilligung nach den Artikeln 65, 65*a* und 66*a* sowie Beiträge des Bundes an die Kantone nach Artikel 66;

d. Streitigkeiten der Versicherer unter sich (Art. 87);

e. Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89).

AS **1995** 1328

1 [BS **1** 3]. Dieser Bestimmung entspricht Artikel 117 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (SR **101**).
2 Fassung gemäss Ziff. I 9 des BG vom 8. Okt. 1999, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 701; BBl **1999** 6128).
3 BBl **1992** I 93
4 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
5 SR **830.1**
6 SR **832.12**
7 Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
8 Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3472; BBl **2002** 803).

1*a*. Titel:[9] Allgemeine Bestimmungen

Art. 1*a* Geltungsbereich

[1] Dieses Gesetz regelt die soziale Krankenversicherung. Sie umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung.

[2] Die soziale Krankenversicherung gewährt Leistungen bei:

a. Krankheit (Art. 3 ATSG[10]);

b. Unfall (Art. 4 ATSG), soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt;

c. Mutterschaft (Art. 5 ATSG).

Art. 2[11]

2. Titel: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Kapitel: Versicherungspflicht

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 3 Versicherungspflichtige Personen

[1] Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen.

[2] Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, namentlich für Personen, die im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007[12] mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigt sind.[13]

[3] Er kann die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, insbesondere auf solche, die:

a.[14] in der Schweiz tätig sind oder dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 Abs. 2 ATSG[15]) haben;

9 Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

10 SR **830.1**

11 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

12 SR **192.12**

13 Fassung gemäss Anhang Ziff. II 11 des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6637; BBl **2006** 8017).

14 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

15 SR **830.1**

b. im Ausland von einem Arbeitgeber mit einem Sitz in der Schweiz beschäftigt werden.

[4] Die Versicherungspflicht wird sistiert für Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992[16] über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind. Der Bundesrat regelt das Verfahren.[17]

Art. 4[18] Wahl des Versicherers

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern, die nach dem KVAG[19] eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben, frei wählen.

Art. 4*a*[20] Wahl des Versicherers für versicherungspflichtige Familienangehörige mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich[21]

Es sind beim selben Versicherer versichert:

a. die auf Grund der Erwerbstätigkeit in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen und deren versicherungspflichtigen Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen;

b. die auf Grund des Bezugs einer schweizerischen Rente versicherungspflichtigen Personen und deren versicherungspflichtigen Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen;

c. die auf Grund des Bezugs einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtigen Personen und deren versicherungspflichtigen Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen.

16 SR **833.1**
17 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).
18 Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
19 SR **832.12**
20 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).
21 Ausdruck gemäss Anhang Ziff. 1 des BB vom 16. Dez. 2022 über die Genehmigung und die Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich, in Kraft seit 1. März 2024 (AS **2024** 74; BBl **2022** 1180). Die Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

Art. 5 Beginn und Ende der Versicherung

1 Bei rechtzeitigem Beitritt (Art. 3 Abs. 1) beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme in der Schweiz. Der Bundesrat setzt den Versicherungsbeginn für die Personen nach Artikel 3 Absatz 3 fest.

2 Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung entrichtet die versicherte Person einen Prämienzuschlag. Der Bundesrat legt dafür die Richtsätze fest und berücksichtigt dabei die Höhe der Prämien am Wohnort der versicherten Person und die Dauer der Verspätung. Für Versicherte, bei denen die Entrichtung des Beitragszuschlages eine Notlage zur Folge hätte, setzt der Versicherer den Beitragszuschlag herab, wobei er der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessen Rechnung trägt.

2bis Bei verspätetem Beitritt eines Kindes ist der Prämienzuschlag von den Eltern solidarisch oder von einem Elternteil geschuldet, soweit sie oder er die Verspätung verschuldet haben.[22]

3 Die Versicherung endet, wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht.

Art. 6 Kontrolle des Beitritts und Zuweisung an einen Versicherer

1 Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht.

2 Die vom Kanton bezeichnete Behörde weist Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.

Art. 6*a*[23] Kontrolle des Beitritts und Zuweisung an einen Versicherer für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich[24]

1 Die Kantone informieren über die Versicherungspflicht:

a. die auf Grund einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen;

b. die auf Grund des Bezugs einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen;

c. die auf Grund des Bezugs einer schweizerischen Rente versicherungspflichtigen Personen, die ihren Wohnort von der Schweiz in einen Mitgliedstaat der

22 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058).

23 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083).

24 Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

Europäischen Union, nach Island, nach Norwegen oder ins Vereinigte Königreich[25] verlegen.[26]

2 Mit den Informationen nach Absatz 1 gelten auch die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnhaften Familienangehörigen als informiert.[27]

3 Die vom Kanton bezeichnete Behörde weist Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu. Sie entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht. Artikel 18 Absätze 2bis und 2ter bleiben vorbehalten.

4 Die Versicherer geben der zuständigen kantonalen Behörde die für die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht notwendigen Daten bekannt.

Art. 7 Wechsel des Versicherers

1 Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln.

2 Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit[28] (BAG)[29] genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.[30]

3 Muss die versicherte Person einen Versicherer verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber.

4 Führt ein Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung nach Artikel 43 KVAG[31].[32]

25 Ausdruck gemäss Anhang Ziff. 1 des BB vom 16. Dez. 2022 über die Genehmigung und die Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich, in Kraft seit 1. März 2024 (AS **2024** 74; BBl **2022** 1180).

26 Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

27 Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

28 Die Bezeichnung der Verwaltungseinheit wurde in Anwendung von Art. 16 Abs. 3 der Publikationsverordnung vom 17. Nov. 2004 (AS **2004** 4937) angepasst.

29 Ausdruck gemäss Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071). Diese Änd. wurde in den in der AS genannten Bestimmungen vorgenommen.

30 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Okt. 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

31 SR **832.12**

32 Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

5 Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämiendifferenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist.

6 Wenn der bisherige Versicherer den Wechsel des Versicherers verunmöglicht, hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämiendifferenz.[33]

7 Der bisherige Versicherer darf eine versicherte Person nicht dazu zwingen, bei einem Wechsel des Versicherers auch die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 KVAG zu kündigen.[34]

8 Der Versicherer darf einer versicherten Person die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG nicht allein aufgrund der Tatsache kündigen, dass die versicherte Person den Versicherer für die soziale Krankenversicherung wechselt.[35]

2. Abschnitt: Ruhen der Unfalldeckung

Art. 8 Grundsatz

1 Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Unfallversicherungsgesetz vom 20. März 1981 (UVG)[36] obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt.

2 Die Unfälle sind nach diesem Gesetz gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.

3 Die soziale Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.

Art. 9 Information der versicherten Person

Der Versicherer hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihr Recht nach Artikel 8 hinzuweisen.

33 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Okt. 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).
34 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
35 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
36 SR **832.20**

Art. 10 Ende der Sistierung; Verfahren

[1] Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung nach dem UVG[37] ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies ihrem Versicherer nach diesem Gesetz zu melden hat. Die gleiche Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.

[2] Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Absatz 1 nicht erfüllt, so kann der Versicherer von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem der Versicherer davon Kenntnis erhält, verlangen. Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Absatz 1 nicht erfüllt, so kann der Versicherer die gleichen Forderungen ihnen gegenüber geltend machen.

2. Kapitel: Organisation

1. Abschnitt: …

Art. 11–15[38]

1*a*. Abschnitt: Risikoausgleich[39]

Art. 16[40] Grundsatz

[1] Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) Risikoabgaben entrichten.

[2] Versicherer mit überdurchschnittlich vielen Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko erhalten von der gemeinsamen Einrichtung Ausgleichsbeiträge.

[3] Die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge müssen die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.

[4] Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch das Alter, das Geschlecht und weitere geeignete Indikatoren der Morbidität abgebildet. Der Bundesrat legt die Indikatoren fest.

[5] Versicherte, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres unter 19 Jahre alt sind (Kinder), sind vom massgebenden Versichertenbestand ausgenommen.[41]

37 SR **832.20**
38 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
39 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3345; BBl **2013** 7801, 8387).
40 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3345; BBl **2013** 7801, 8387).
41 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 17. März 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2018** 1843; BBl **2016** 7213, 7943).

Art. 16*a*[42] Entlastung

[1] Die Versicherer werden beim Risikoausgleich entlastet für die Versicherten, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres 19–25 Jahre alt sind (junge Erwachsene).

[2] Die Entlastung entspricht 50 Prozent der Differenz zwischen den Durchschnittskosten der von den Versicherern für sämtliche erwachsenen Versicherten bezahlten Leistungen und den Durchschnittskosten der von ihnen für sämtliche jungen Erwachsenen bezahlten Leistungen.

[3] Sie wird gleichmässig finanziert über eine Erhöhung der Risikoabgaben und über eine Senkung der Ausgleichsbeiträge für die Versicherten, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres 26 Jahre und älter sind.

[4] Als Erwachsene gelten junge Erwachsene sowie Versicherte, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres 26 Jahre und älter sind.

Art. 17[43] Massgebende Elemente für die Berechnung des Risikoausgleichs

[1] Für die Berechnung des Risikoausgleichs sind die Strukturen der Versichertenbestände im Kalenderjahr massgebend, für das der Risikoausgleich erfolgt (Ausgleichsjahr).

[2] Die durchschnittlichen Risikounterschiede in Bezug auf das Alter, das Geschlecht sowie weitere vom Bundesrat festgelegte Indikatoren der Morbidität werden aufgrund der Verhältnisse im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet.

[3] Der Bundesrat kann bei den Indikatoren der Morbidität Ausnahmen für die Berechnung des Risikoausgleichs vorsehen.

Art. 17*a*[44] Durchführung

[1] Die gemeinsame Einrichtung (Art. 18) führt den Risikoausgleich unter den Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone durch.

[2] Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich. Er berücksichtigt die Bemühung zur Kosteneinsparung und verhindert einen zunehmenden Kostenausgleich. Er legt nach Anhörung der Versicherer die Indikatoren der Morbidität fest. Jeder zusätzliche Indikator ist einer Wirkungsanalyse zu unterziehen.

[3] Der Bundesrat regelt:

a. die Erhebung von Verzugszinsen und die Ausrichtung von Vergütungszinsen;

b. die Leistung von Schadenersatz;

c. die Frist, nach deren Ablauf die gemeinsame Einrichtung eine Neuberechnung des Risikoausgleichs ablehnen darf.

42 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 17. März 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2018** 1843; BBl **2016** 7213, 7943).
43 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3345; BBl **2013** 7801, 8387).
44 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3345; BBl **2013** 7801, 8387).

2. Abschnitt: Gemeinsame Einrichtung

Art. 18

1 Die Versicherer gründen eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung. Die Stiftungsurkunde und die Reglemente der Einrichtung bedürfen der Genehmigung durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)[45]. Kommt die Gründung der gemeinsamen Einrichtung nicht zustande, so nimmt der Bundesrat sie vor. Er erlässt die nötigen Vorschriften, wenn sich die Versicherer über den Betrieb der Einrichtung nicht einigen können.

2 Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern nach Artikel 51 KVAG[46].[47]

2bis Die gemeinsame Einrichtung entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen.[48]

2ter Sie weist Rentner und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.[49]

2quater Sie unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung nach Artikel 65*a* für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen.[50]

2quinquies Sie führt die Prämienverbilligung nach Artikel 66*a* durch.[51]

2sexies Die gemeinsame Einrichtung kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen.[52]

45 Ausdruck gemäss Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071). Diese Änd. wurde in den in der AS genannten Bestimmungen vorgenommen.
46 SR **832.12**
47 Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
48 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).
49 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).
50 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).
51 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083).
52 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083).

2septies Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15*b* des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004[53].[54]

3 Der Bundesrat kann der gemeinsamen Einrichtung weitere Aufgaben übertragen, namentlich zur Erfüllung internationaler Verpflichtungen.

4 Die Versicherer können ihr im gegenseitigen Einvernehmen bestimmte Aufgaben von gemeinsamem Interesse anvertrauen, namentlich im administrativen und technischen Bereich.

5 Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 4 müssen die Versicherer zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. Die gemeinsame Einrichtung fordert diese Beiträge ein und erhebt bei verspäteter Zahlung einen Verzugszins. Die Höhe der Beiträge und des Verzugszinses bemisst sich nach den Reglementen der gemeinsamen Einrichtung.[55]

5bis Der Bund übernimmt die Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2bis–2quinquies.[56]

6 Der Bundesrat regelt die Finanzierung der Aufgaben, die er der gemeinsamen Einrichtung nach Absatz 3 überträgt.

7 Die gemeinsame Einrichtung führt für jede ihrer Aufgaben eine getrennte Rechnung. Sie geniesst Steuerfreiheit nach Artikel 80 ATSG[57].[58]

8 Auf Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht gegen Verfügungen der gemeinsamen Einrichtung nach den Absätzen 2bis, 2ter und 2quinquies ist Artikel 85bis Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946[59] über die Alters- und Hinterlassenenversicherung sinngemäss anwendbar.[60]

3. Abschnitt: Förderung der Gesundheit

Art. 19 Förderung der Verhütung von Krankheiten

1 Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.

2 Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert

53 SR **810.21**
54 Eingefügt durch Ziff. II 1 des BG vom 19. Juni 2015, in Kraft seit 15. Nov. 2017 (AS **2016** 1163, **2017** 5629; BBl **2013** 2317).
55 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).
56 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083).
57 SR **830.1**
58 Fassung des Satzes gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
59 SR **831.10**
60 Eingefügt durch Anhang Ziff. 110 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 2197, 1069 Art. 1 Bst. b; BBl **2001** 4202).

und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.

3 Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.

Art. 20 Finanzierung, Aufsicht

1 Von jeder nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Person ist jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung zu erheben.

2 Das EDI setzt auf Antrag der Institution den Beitrag fest. Es erstattet den zuständigen Kommissionen der eidgenössischen Räte Bericht über die Verwendung dieser Mittel.[61]

3 Es übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Institution aus.[62] Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht sind dem BAG zur Genehmigung vorzulegen.

4. Abschnitt: Datenweitergabe und Statistiken[63]

Art. 21[64] Daten der Versicherer

1 Die Versicherer sind verpflichtet, dem Bundesamt regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben.

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

a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;

b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen;

c. zur Evaluation des Risikoausgleichs;

61 Fassung gemäss Anhang Ziff. II 10 des BG vom 22. März 2002 über die Anpassung von Organisationsbestimmungen des Bundesrechts, in Kraft seit 1. Febr. 2003 (AS **2003** 187; BBl **2001** 3845).

62 Fassung gemäss Anhang Ziff. II 10 des BG vom 22. März 2002 über die Anpassung von Organisationsbestimmungen des Bundesrechts, in Kraft seit 1. Febr. 2003 (AS **2003** 187; BBl **2001** 3845).

63 Fassung gemäss Ziff. I 1 des BG vom 19. März 2021 über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 731; BBl **2019** 5397, 5925).

64 Fassung gemäss Ziff. I 1 des BG vom 19. März 2021 über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 731; BBl **2019** 5397, 5925).

d.[65] zur Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54;

e.[66] zur Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz.

3 Das Bundesamt ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.

4 Es stellt die erhobenen Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.[67]

Art. 21*a*[68]

Art. 22[69]

Art. 22*a*[70]

Art. 23[71] Statistiken[72]

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

2 Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Informationen sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

3 Das Bearbeiten von Daten zu statistischen Zwecken erfolgt nach dem Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992[73].

65 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

66 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

67 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

68 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Dez. 1998 (AS **1999** 2041; BBl **1998** 1335, 1342). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

69 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

70 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung) (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

71 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

72 Fassung gemäss Ziff. I 1 des BG vom 19. März 2021 über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 731; BBl **2019** 5397, 5925).

73 SR **431.01**

3. Kapitel: Leistungen

1. Abschnitt: Umschreibung des Leistungsbereichs

Art. 24 Grundsatz

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen.

2 Die übernommenen Leistungen werden dem Datum beziehungsweise der Periode der Behandlung zugeordnet.[74]

Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

2 Diese Leistungen umfassen:

a.[75] die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht werden von:[76]

1. Ärzten oder Ärztinnen,
2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,

2bis.[77] Pflegefachpersonen,

3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;

b. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;

c. einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren;

d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;

e.[78] den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung;

74 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

75 Fassung gemäss Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3517 6847 Ziff. I; BBl **2005** 2033).

76 Fassung gemäss Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).

77 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).

78 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

f.[79] …

f^bis.[80] den Aufenthalt bei Entbindung in einem Geburtshaus (Art. 29);

g. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten;

h.[81] die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.

Art. 25*a*[82] Pflegeleistungen bei Krankheit

[1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim:

a. von einer Pflegefachperson erbracht werden;

b. in Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen, erbracht werden; oder

c. auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.[83]

[1bis] Für die Vergütung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für Pflegeleistungen verwendet werden, gilt Artikel 52.[84]

[2] Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49*a*) vergütet.[85] Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen. Für die Vergütung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für die Akut- und Übergangspflege verwendet werden, gilt Artikel 52.[86]

79 Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), mit Wirkung seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

80 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

81 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

82 Eingefügt durch Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3517 6847 Ziff. I; BBl **2005** 2033).

83 Fassung gemäss Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).

84 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).

85 Fassung gemäss Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).

86 Dritter Satz eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Dez. 2020 (Vergütung des Pflegematerials), in Kraft seit 1. Okt. 2021 (AS **2021** 345; BBl **2020** 4825). Siehe auch die UeB Änd. 18.12.2020 am Schluss dieses Textes.

3 Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können. Er bestimmt, welche Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können.[87]

3bis Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer schliessen gesamtschweizerisch geltende Verträge zur Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der Pflegeleistungen ab, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden. Sie vereinbaren Massnahmen zur Korrektur bei ungerechtfertigtem Mengenwachstum. Können sich die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nicht einigen, so regelt der Bundesrat die Einzelheiten.[88]

3ter Bei der Bezeichnung der Leistungen nach Absatz 3 berücksichtigt der Bundesrat den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benötigen.[89]

3quater Der Bundesrat regelt das Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs und die Koordination zwischen den behandelnden Ärzten und Ärztinnen und den Pflegefachpersonen.[90]

4 Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.

5 Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwälzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.[91]

87 Fassung gemäss Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).
88 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).
89 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).
90 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).
91 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2018** 2989; BBl **2016** 3961, 4563).

Art. 26 Medizinische Prävention

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.

Art. 27[92] Geburtsgebrechen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG[93]), die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 28 Unfälle

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Unfällen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b[94] die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 29 Mutterschaft

[1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft.

[2] Diese Leistungen umfassen:

a. die von Ärzten und Ärztinnen oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft;

b.[95] die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen;

c. die notwendige Stillberatung;

d.[96] die Pflege und den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält.

92 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

93 SR **830.1**

94 Heute: nach Art. 1*a* Abs. 2 Bst. b.

95 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

96 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

Art. 30[97] Strafloser Abbruch der Schwangerschaft

Bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft nach Artikel 119 des Strafgesetzbuches[98] übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 31 Zahnärztliche Behandlungen

[1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese:

a. durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist; oder

b. durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist; oder

c. zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

[2] Sie übernimmt auch die Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b[99] verursacht worden sind.

2. Abschnitt: Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme

Art. 32 Voraussetzungen

[1] Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

[2] Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

[3] Leistungen, bei denen Anhaltspunkte bestehen, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, werden anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert. Das Evaluationsverfahren beruht auf transparenten Kriterien und den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ist verhältnismässig.[100]

[4] Leistungen, die gemäss dem evidenzbasierten Verfahren die Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit nicht erfüllen, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergütet.[101]

97 Fassung gemäss Ziff. II des BG vom 23. März 2001, in Kraft seit 1. Okt. 2002 (AS **2002** 2989; BBl **1998** 3005, 5376).
98 SR **311.0**
99 Heute: nach Art. 1*a* Abs. 2 Bst. b.
100 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).
101 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

Art. 33 Bezeichnung der Leistungen

[1] Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.

[2] Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.

[3] Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.

[4] Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.

[5] Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem EDI oder dem BAG übertragen.

Art. 34 Umfang

[1] Die Versicherer dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25–33 übernehmen.

[2] Der Bundesrat kann vorsehen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung folgende Kosten übernimmt:

a. die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 29, die aus medizinischen Gründen oder im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit für in der Schweiz wohnhafte Versicherte im Ausland erbracht werden;

b. die Kosten von Entbindungen, die aus andern als medizinischen Gründen im Ausland erfolgen.[102]

[3] Er kann die Übernahme der Kosten nach Absatz 2 begrenzen.[103]

102 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).

103 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).

4. Kapitel: Leistungserbringer
1. Abschnitt: Zulassung

Art. 35 Arten von Leistungserbringern[104]

1 …[105]

2 Leistungserbringer sind:

a. Ärzte und Ärztinnen;

b. Apotheker und Apothekerinnen;

c. Chiropraktoren und Chiropraktorinnen;

d. Hebammen;

d[bis].[106] Pflegefachpersonen und Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen;

e. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;

f. Laboratorien;

g. Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;

h. Spitäler;

i.[107] Geburtshäuser;

k. Pflegeheime;

l. Heilbäder;

m.[108] Transport- und Rettungsunternehmen;

n.[109] Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen.

104 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 413; BBl **2018** 3125).
105 Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern), mit Wirkung seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 413; BBl **2018** 3125).
106 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).
107 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
108 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).
109 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

Art. 36[110] Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Grundsatz

Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n dürfen nur zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird.

Art. 36*a*[111] Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Voraussetzungen

[1] Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden.

[2] Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen je nach Art der Leistungserbringer die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen.

[3] Die Zulassung der Organisationen nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d^{bis} setzt einen kantonalen Leistungsauftrag voraus. Der Kanton legt im Leistungsauftrag insbesondere die zu erbringenden Ausbildungsleistungen fest; er berücksichtigt dabei die Kriterien nach Artikel 3 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2022[112] über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege und des Ausbildungskonzepts nach Artikel 4 des genannten Gesetzes.[113]

Art. 37[114] Ärzte und Ärztinnen: besondere Voraussetzungen

[1] Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a müssen mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Sie weisen die in ihrer Tätigkeitsregion notwendige Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nach. Die Nachweispflicht entfällt für Ärzte und Ärztinnen, welche über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:

a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war;

b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen;

110 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 413; BBl **2018** 3125). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

111 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 413; BBl **2018** 3125).

112 SR **811.22**

113 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft vom 1. Juli 2024 bis zum 30. Juni 2032 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).

114 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 413; BBl **2018** 3125).

c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006[115] anerkanntes ausländisches Diplom.

[1bis] Die Kantone können Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a, die über einen der folgenden eidgenössischen Weiterbildungstitel oder einen als gleichwertig anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel (Art. 21 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006) verfügen, von der Anforderung, während mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben, ausnehmen, wenn auf dem Kantonsgebiet in den betroffenen Bereichen eine Unterversorgung besteht:

a. Allgemeine Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel;

b. Praktischer Arzt oder Praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel;

c. Kinder- und Jugendmedizin;

d. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.[116]

[2] Die Einrichtungen nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n werden nur zugelassen, wenn die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 und 1[bis] erfüllen.[117]

[3] Leistungserbringer nach den Absätzen 1, 1[bis] und 2 müssen sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015[118] über das elektronische Patientendossier (EPDG) anschliessen.[119]

Art. 38[120] Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Aufsicht

[1] Jeder Kanton bezeichnet eine Behörde, die die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n beaufsichtigt.

[2] Die Aufsichtsbehörde trifft die Massnahmen, die für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36*a* und 37 nötig sind. Bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen kann sie folgende Massnahmen anordnen:

a. eine Verwarnung;

b. eine Busse bis zu 20 000 Franken;

115 SR **811.11**
116 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 17. März 2023 (Ausnahmen von der Pflicht einer dreijährigen Tätigkeit), in Kraft vom 18. März 2023 bis zum 31. Dez. 2027 (AS **2023** 134; BBl **2022** 3125; **2023** 343).
117 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 17. März 2023 (Ausnahmen von der Pflicht einer dreijährigen Tätigkeit), in Kraft vom 18. März 2023 bis zum 31. Dez. 2027 (AS **2023** 134; BBl **2022** 3125; **2023** 343).
118 SR **816.1**
119 Fassung gemäss Ziff. II des BG vom 15. März 2024 (Übergangsfinanzierung, Einwilligung und Zugriff auf Abfragedienste), in Kraft seit 1. Okt. 2024 (AS **2024** 458; BBl **2023** 2181).
120 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 413; BBl **2018** 3125).

c. den Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums für längstens ein Jahr (befristeter Entzug);

d. den definitiven Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums.

3 Die Versicherer können der Aufsichtsbehörde in begründeten Fällen den Entzug der Zulassung beantragen. Die Aufsichtsbehörde trifft die erforderlichen Massnahmen.

Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

1 Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;

b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;

c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;

d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;

e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind;

f.[121] sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a EPDG[122] anschliessen.

1bis Der Kanton legt im Leistungsauftrag nach Absatz 1 Buchstabe e insbesondere die zu erbringenden Ausbildungsleistungen im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen fest. Er berücksichtigt dabei die Kriterien nach Artikel 3 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2022[123] über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege und das Ausbildungskonzept nach Artikel 4 des genannten Gesetzes.[124]

2 Die Kantone koordinieren ihre Planung.[125]

121 Eingefügt durch Art. 25 des BG vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (AS **2017** 2201; BBl **2013** 5321). Fassung gemäss Ziff. II des BG vom 15. März 2024 (Übergangsfinanzierung, Einwilligung und Zugriff auf Abfragedienste), in Kraft seit 1. Okt. 2024 (AS **2024** 458; BBl **2023** 2181).

122 SR **816.1**

123 SR **811.22**

124 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft vom 1. Juli 2024 bis zum 30. Juni 2032 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).

125 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

[2bis] Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.[126]

[2ter] Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.[127]

[3] Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).[128]

Art. 40 Heilbäder

[1] Heilbäder sind zugelassen, wenn sie vom EDI anerkannt sind.

[2] Der Bundesrat legt die Anforderungen fest, welche die Heilbäder hinsichtlich ärztlicher Leitung, erforderlichem Fachpersonal, Heilanwendungen und Heilquellen erfüllen müssen.

2. Abschnitt: Wahl des Leistungserbringers, Kostenübernahme und Aufnahmepflicht der Listenspitäler[129]

Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme[130]

[1] Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.[131] [132]

[1bis] Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons auf-

126 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
127 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
128 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
129 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).
130 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).
131 Fassung des zweiten Satzes gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).
132 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

geführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49*a* höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.[133]

[1ter] Absatz 1[bis] gilt sinngemäss für Geburtshäuser.[134]

[2] Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen, können für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.[135]

[2bis] Bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen, übernehmen der Versicherer und der Kanton, an den die Versicherten einen Anknüpfungspunkt haben, bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital dieses Kantons für die betreffende Behandlung gilt:

a. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige;

b. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen;

c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.[136]

[2ter] 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, übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif für die betreffende Behandlung, der in einem Listenspital des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest.[137]

[3] Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Artikel 49*a*. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.[138]

[3bis] Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

133 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

134 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

135 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).

136 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).

137 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).

138 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;

b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist.[139]

[4] Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

Art. 41*a*[140] Aufnahmepflicht der Listenspitäler[141]

[1] Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht).

[2] Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

[3] Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht.

3. Abschnitt: Schuldner der Vergütung; Rechnungstellung

Art. 42 Grundsatz[142]

[1] Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des *Tiers garant*). In Abweichung von Artikel 22 Absatz 1 ATSG[143] kann dieser Anspruch dem Leistungserbringer abgetreten werden.[144]

[2] Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des *Tiers payant*). Im Falle der stationären Behandlung

139 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
140 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
141 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).
142 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 8. Okt. 2004 (Gesamtstrategie und Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2005** 1071; BBl **2004** 4259).
143 SR **830.1**
144 Dritter Satz eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung.[145]

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.[146] Bei stationärer Behandlung weist das Spital die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile je gesondert aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.[147] [148]

3bis Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung nach Absatz 3 die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen in den jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassungen codiert aufzuführen. Der Bundesrat erlässt ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.[149]

3ter 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.[150]

4 Der Versicherer kann zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.[151]

5 Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 bekannt zu geben.

145 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
146 Fassung des dritten bis fünften Satzes gemäss Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071).
147 Sechster und siebter Satz eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071).
148 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
149 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4085; BBl **2011** 7385, 7393).
150 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2025 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2), in Kraft seit 1. Juli 2026 (AS **2026** 294; BBl **2022** 2427). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
151 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4085; BBl **2011** 7385, 7393).

6 In Abweichung von Artikel 29 Absatz 2 ATSG ist für die Anmeldung von Leistungsansprüchen kein Formular nötig.[152]

Art. 42*a*[153] Versichertenkarte

1 Der Bundesrat kann bestimmen, dass jede versicherte Person für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Versichertenkarte erhält. Diese enthält den Namen der versicherten Person und die AHV-Nummer[154].[155]

2 Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.

2bis Sie kann als Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 EPDG[156] verwendet werden.[157]

3 Der Bundesrat regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards.

4 Die Karte enthält im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten, die von dazu befugten Personen abrufbar sind. Der Bundesrat legt nach Anhören der interessierten Kreise den Umfang der Daten fest, die auf der Karte gespeichert werden dürfen. Er regelt den Zugriff auf die Daten und deren Bearbeitung.

4. Abschnitt: Tarife und Preise

Art. 43 Grundsatz

1 Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

2 Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);

b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);

152 Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

153 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 8. Okt. 2004 (Gesamtstrategie und Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2005** 1071; BBl **2004** 4259).

154 Ausdruck gemäss Anhang Ziff. 31 des BG vom 18. Dez. 2020 (Systematische Verwendung der AHV-Nummer durch Behörden), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 758; BBl **2019** 7359). Diese Änd. wurde in den in der AS genannten Bestimmungen vorgenommen.

155 Fassung des zweiten Satzes gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 23 Juni 2006 (Neue AHV-Versichertennummer), in Kraft seit 1. Dez. 2007 (AS **2007** 5259; BBl **2006** 501).

156 SR **816.1**

157 Eingefügt durch Art. 25 des BG vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (AS **2017** 2201; BBl **2013** 5321). Fassung gemäss Ziff. II des BG vom 15. März 2024 (Übergangsfinanzierung, Einwilligung und Zugriff auf Abfragedienste), in Kraft seit 1. Okt. 2024 (AS **2024** 458; BBl **2023** 2181).

c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);

d. zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

3 Der Pauschaltarif kann sich auf die Behandlung je Patient oder Patientin (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen. Versichertenpauschalen können prospektiv aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwartenden Bedürfnisse festgesetzt werden (prospektives Globalbudget).

4 Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind vor dem Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten.

4bis Die Tarife und Preise orientieren sich an der Entschädigung jener Leistungserbringer, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.[158]

5 Einzelleistungstarife sowie auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen je auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen.[159] Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

5bis Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können.[160]

5ter Gibt es in einem Bereich eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte Tarifstruktur für auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife, so muss diese von allen Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen angewandt werden.[161]

5quater Die Tarifpartner können für bestimmte ambulante Behandlungen regional geltende Patientenpauschaltarife vereinbaren, die nicht auf einer gesamtschweizerisch

158 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).
159 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2021** 837; **2022** 808; BBl **2019** 6071).
160 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4085; BBl **2011** 7385 7393).
161 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2021** 837; **2022** 808; BBl **2019** 6071).

einheitlichen Tarifstruktur beruhen, sofern dies insbesondere regionale Gegebenheiten erfordern. Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen nach Absatz 5 gehen vor.[162]

6 Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

7 Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen.

Art. 44 Tarifschutz

1 Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.

2 Lehnt ein Leistungserbringer es ab, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen (Ausstand), so muss er dies der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden. Er hat in diesem Fall keinen Anspruch auf Vergütung nach diesem Gesetz. Wenden sich Versicherte an solche Leistungserbringer, so müssen diese sie zuerst darauf hinweisen.

Art. 45 Sicherung der medizinischen Versorgung

Ist wegen des Ausstandes von Leistungserbringern die Behandlung der Versicherten im Rahmen dieses Gesetzes nicht gewährleistet, so sorgt die Kantonsregierung für deren Sicherstellung. Ein Tarifschutz gilt auch in diesem Fall. Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen.

Art. 46 Tarifvertrag

1 Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände anderseits.

1bis Parteien eines Tarifvertrages können auch Kantone sein, wenn es sich um Massnahmen der medizinischen Prävention nach Artikel 26 handelt, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d durchgeführt werden.[163]

2 Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder,

162 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2021** 837; **2022** 808; BBl **2019** 6071).

163 Eingefügt durch Art. 86 Ziff. 3 des Epidemiengesetzes vom 28. Sept. 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 1435; BBl **2011** 311).

die im Vertragsgebiet tätig sind, können dem Vertrag beitreten. Der Vertrag kann vorsehen, dass diese einen angemessenen Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung leisten müssen. Er regelt die Art und Weise der Beitritts- sowie der Rücktrittserklärung und ihre Bekanntgabe.

3 Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:

a. Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;

b. Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;

c. Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;

d. Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.

4 Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

4bis Die Genehmigungsbehörde muss den Tarifvertrag innerhalb eines Jahres nach der Einreichung des Tarifgenehmigungsgesuchs prüfen. Müssen die Tarifpartner das Gesuch in klar definierten Bereichen ergänzen, so kann die Genehmigungsbehörde die Frist zur Prüfung einmal verlängern.[164]

5 Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate.

Art. 46*a*[165] Anpassung eines Tarifvertrags, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt

1 Stellt die Genehmigungsbehörde fest, dass ein genehmigter Tarifvertrag die Anforderungen nach Artikel 46 Absatz 4 nicht mehr erfüllt, so kann sie die Tarifpartner auffordern, den Tarifvertrag anzupassen.

2 Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht innerhalb eines Jahres auf eine Anpassung des Tarifvertrags einigen, so widerruft die Genehmigungsbehörde die von ihr erteilte Genehmigung und setzt nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

3 Bei der Ausübung ihrer Befugnisse kann die zuständige kantonale Behörde bei nationalen Tarifstrukturen, die sich als nicht mehr sachgerecht erweisen, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festsetzen. Sie muss dabei allfällige Anpassungen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5bis berücksichtigen.

164 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

165 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

Art. 47 Fehlen eines Tarifvertrages

[1] Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

[2] Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung oder für die stationäre Behandlung einer versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.[166]

[3] Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

Art. 47*a*[167] Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen

[1] Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist. Die beteiligten Verbände müssen paritätisch vertreten sein.

[2] Der Bundesrat kann die Pflicht zur Einsetzung einer Organisation auf Verbände ausdehnen, die für Tarifstrukturen für andere ambulante Behandlungen zuständig sind.

[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 ein.

[4] Können sich die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer nicht auf Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung der Organisation einigen, so legt der Bundesrat diese nach Anhören der interessierten Organisationen fest.

[5] Die Leistungserbringer und die Versicherer sind verpflichtet, der Organisation kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind.

[6] Bei einem Verstoss gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 5 kann das EDI auf Antrag der Organisation gegen die betroffenen Leistungserbringer Sanktionen ergreifen. Diese umfassen:

a. die Verwarnung;

b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.

166 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

167 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

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

Art. 47*b*[168] Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

1 Die Leistungserbringer und deren Verbände, die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Artikel 47*a* 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 5bis, 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 Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer, gegen die Organisation nach Artikel 47*a* und gegen die betroffenen Leistungserbringer und Versicherer Sanktionen ergreifen. Diese umfassen:

a. die Verwarnung;

b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.

Art. 47*c*[169] Überwachung der Kosten

1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen in den Bereichen, in denen sie einen Tarifvertrag nach Artikel 43 Absatz 4 abschliessen müssen, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vor.

2 Die Massnahmen nach Absatz 1 sind:

a. in kantonal geltende Tarifverträge zu integrieren; oder

b. in gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge zu integrieren; betreffen die Massnahmen gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen, so müssen sie in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen festgelegt werden.

3 Die Verträge nach Absatz 2 sind der nach ihrem Geltungsbereich zuständigen Behörde zur Genehmigung zu unterbreiten. Die Genehmigungsbehörde berücksichtigt dabei sowohl eine drohende Unter- wie auch Überversorgung in sachgerechter Weise.

4 Die Massnahmen nach Absatz 1 müssen pro Bereich, der für die jeweilige Art von Leistungserbringer relevant ist, mindestens vorsehen:

a. die Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der verschiedenen Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind;

b. die Überwachung der Entwicklung der abgerechneten Kosten oder Volumen.

168 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2021** 837; **2022** 808; BBl **2019** 6071).

169 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2022 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*b*), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 630; BBl **2019** 6071). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

5 Die Verträge nach Absatz 2 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 soziodemographische oder politische Entwicklungen. Sie müssen Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten oder Volumen gegenüber einem im Vertrag festgelegten Zeitraum vorsehen.

6 Alle Leistungserbringer und alle Versicherer sind verpflichtet, die für den jeweiligen Bereich vereinbarten Massnahmen nach Absatz 1 einzuhalten.

Art. 48[170]

Art. 49[171] Tarifverträge mit Spitälern

1 Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen.[172] In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

2 Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.[173]

2bis Der Bundesrat kann Anpassungen an den Strukturen vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweisen und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können.[174]

170 Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), mit Wirkung seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

171 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

172 Fassung gemäss Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3517, 6847 Ziff. I; BBl **2005** 2033).

173 Siehe auch: die UeB Änd. 22.10.2008 der V vom 22. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR **832.102**).

174 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

3 Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere:

a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;

b. die Forschung und universitäre Lehre.

4 Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach Absatz 1, 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 und 4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

6 Die Vertragsparteien vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

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

8 In Zusammenarbeit mit den Kantonen ordnet der Bundesrat schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

Art. 49*a*[175] Abgeltung der stationären Leistungen

1 Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und den Versicherern anteilsmässig übernommen.

2 Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil für folgende Personen:

a. Versicherte, die im Kanton wohnen;

b. folgende Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen, bei stationärer Behandlung in der Schweiz:

1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige,

2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen,

3. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.[176]

175 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

176 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).

2bis Der Kanton, der für die Versicherten nach Absatz 2 Buchstabe b den kantonalen Anteil übernimmt, gilt als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.[177]

2ter Jeder Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den kantonalen Anteil fest. Dieser muss mindestens 55 Prozent betragen.[178]

3 Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherer und Kanton können vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Spital und Versicherer richtet sich nach Artikel 42.

3bis 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, übernehmen die Kantone bei stationärer Behandlung in der Schweiz gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil. Dieser kantonale Anteil wird auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt.[179]

4 Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nach Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen.[180] Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Absatz 2.

Art. 50[181] Kostenübernahme im Pflegeheim

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Artikel 25*a*. Die Absätze 7 und 8 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.

Art. 51 Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime

1 Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49*a* bleibt vorbehalten.[182]

2 Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an.

177 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).
178 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).
179 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).
180 Fassung gemäss Art. 25 des BG vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier, in Kraft seit 15. April 2017 (AS **2017** 2201; BBl **2013** 5321). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
181 Fassung gemäss Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3517, 6847 Ziff. I; BBl **2005** 2033).
182 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

Art. 52 Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände

[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:
   1. eine Liste der Analysen mit Tarif,
   2. eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin,
   3.[183] Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die nach den Artikeln 25 Absatz 2 Buchstabe b und 25*a* Absätze 1[bis] und 2 verwendet werden;

b.[184] erstellt das BAG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste).

[2] Für Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG[185]) werden zusätzlich Kosten für die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden Arzneimittel nach Artikel 14[ter] Absatz 5 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959[186] über die Invalidenversicherung zu den gestützt auf diese Bestimmung festgelegten Höchstpreisen übernommen.[187]

[3] Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen nach Absatz 1 in Rechnung gestellt werden.[188] Das EDI bezeichnet die im Praxislaboratorium des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach Artikel 46 vereinbart werden kann.[189] Es kann zudem die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände nach Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 bezeichnen, für die ein Tarif nach Artikel 46 vereinbart werden kann.[190]

183 Fassung gemäss Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).
184 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2022 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*b*), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 630; BBl **2019** 6071).
185 SR **830.1**
186 SR **831.20**
187 Fassung gemäss Anhang Ziff. 4 des BG vom 19. Juni 2020 (Weiterentwicklung der IV), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 705; BBl **2017** 2535).
188 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2022 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*b*), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 630; BBl **2019** 6071).
189 Fassung des zweiten Satzes gemäss Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).
190 Dritter Satz eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Dez. 2020 (Vergütung des Pflegematerials), in Kraft seit 1. Okt. 2021 (AS **2021** 345; BBl **2020** 4825).

Art. 52*a*[191] Substitutionsrecht

[1] Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste aufgeführt, so können Apotheker oder Apothekerinnen bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person ein preisgünstigeres Arzneimittel abgeben, wenn nicht der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt.

[2] Ersetzt die abgebende Person das verschriebene durch ein preisgünstigeres Arzneimittel, so informiert sie die verschreibende Person darüber.

[3] Der Bundesrat kann festlegen, unter welchen Voraussetzungen Arzneimittel als medizinisch nicht gleich geeignet gelten.

Art. 53[192] Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht

[1] Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 46*a* Absatz 2, 47, 47*b* Absatz 2, 51 und 55 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.[193]

[1bis] Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen, steht das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 zu.[194]

[2] Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005[195] und dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968[196] über das Verwaltungsverfahren (VwVG). Vorbehalten bleiben folgende Ausnahmen:

a. Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur so weit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig.

b. Die Artikel 22*a* und 53 VwVG sind nicht anwendbar.

c. Zur Einreichung einer Vernehmlassung setzt das Bundesverwaltungsgericht eine Frist von höchstens 30 Tagen. Diese kann nicht erstreckt werden.

d. Ein weiterer Schriftenwechsel nach Artikel 57 Absatz 2 VwVG findet in der Regel nicht statt.

e. In Beschwerdeverfahren gegen Beschlüsse nach Artikel 39 ist die Rüge der Unangemessenheit unzulässig.

191 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2022 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*b*), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 630; BBl **2019** 6071).
192 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
193 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).
194 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2022 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*b*), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 630; BBl **2019** 6071).
195 SR **173.32**
196 SR **172.021**

5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung[197]

Art. 54[198] Kosten- und Qualitätsziele

Der Bundesrat legt nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre für die Leistungen Kosten- und Qualitätsziele fest.

Art. 54*a*[199] Kosten- und Qualitätsziele der Kantone

[1] Jeder Kanton kann unter Berücksichtigung der vom Bundesrat nach Artikel 54 festgelegten Kosten- und Qualitätsziele seine Kosten- und Qualitätsziele jeweils für vier Jahre festlegen.

[2] Der Kanton hört die Versicherer, die Versicherten und die Leistungserbringer vor der Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele an.

Art. 54*b*[200] Fristen

Der Bundesrat legt die Kosten- und Qualitätsziele spätestens zwölf Monate vor Beginn der Periode, für die sie gelten sollen, fest.

Art. 54*c*[201] Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

[1] Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein.

[2] Die Kommission ist zuständig für das Kosten- und Qualitätsmonitoring. Sie überwacht die Entwicklung der einzelnen Leistungsbereiche und gibt zuhanden des Bundes und der Tarifpartner Empfehlungen zu den Massnahmen ab. Die Kommission publiziert ihre Beschlüsse.

197 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).
198 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).
199 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).
200 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).
201 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

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

Art. 55 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde

1 Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.

2 Zuständig ist:

a. der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4;

b. das EDI bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b;

c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4.

Art. 55*a*[202] Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen

1 Die Kantone beschränken in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen. Wenn ein Kanton die Anzahl Ärzte und Ärztinnen beschränkt, dann sieht er vor:

a. dass Ärzte und Ärztinnen nur zugelassen werden, solange die entsprechende Höchstzahl nicht erreicht ist;

b. dass die Anzahl folgender Ärzte und Ärztinnen auf die entsprechende Höchstzahl beschränkt ist:

   1. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals ausüben,

   2. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n ausüben.

2 Der Bundesrat legt die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen fest. Dabei berücksichtigt er insbesondere die interkantonalen Patientenströme, die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärzte und Ärztinnen.

202 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern), in Kraft seit 1. Juli 2021 (AS **2021** 413; BBl **2018** 3125).

3 Vor der Festlegung der Höchstzahlen hört der Kanton die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten an. Er koordiniert sich bei der Festlegung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen.

4 Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände geben den zuständigen kantonalen Behörden auf Anfrage kostenlos die Daten bekannt, die zusätzlich zu den nach Artikel 59*a* erhobenen Daten zur Festlegung der Höchstzahlen erforderlich sind.

5 Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, so können folgende Ärzte und Ärztinnen weiterhin tätig sein:

a. Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden und im ambulanten Bereich Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht haben;

b. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals oder in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n vor Inkrafttreten der Höchstzahlen ausgeübt haben, sofern sie ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich des gleichen Spitals oder in der gleichen Einrichtung weiter ausüben.

6 Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts im betroffenen Fachgebiet an, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Arzt und keine Ärztin im betroffenen Fachgebiet eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

Art. 55*b*[203] Kostenentwicklung bei Pflegeleistungen

Steigen die jährlichen Kosten für die Pflegeleistungen nach Artikel 25*a* je versicherte Person in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts an, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d^{bis} eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

6. Abschnitt: Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Art. 56 Wirtschaftlichkeit der Leistungen

1 Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

203 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 16. Dez. 2022 über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 212; BBl **2022** 1498).

2 Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden. Rückforderungsberechtigt ist:

a. im System des *Tiers garant* (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Artikel 89 Absatz 3 der Versicherer;

b. im System des *Tiers payant* (Art. 42 Abs. 2) der Versicherer.

3 Der Leistungserbringer muss dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die ihm:

a. ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt;

b. Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern.

3bis Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass Vergünstigungen gemäss Absatz 3 Buchstabe b nicht vollumfänglich weitergegeben werden müssen. Diese Vereinbarung ist den zuständigen Behörden auf Verlangen offenzulegen. Sie hat sicherzustellen, dass Vergünstigungen mehrheitlich weitergegeben werden und dass nicht weitergegebene Vergünstigungen nachweislich zur Verbesserung der Qualität der Behandlung eingesetzt werden.[204]

4 Gibt der Leistungserbringer die Vergünstigung nicht weiter, so kann die versicherte Person oder der Versicherer deren Herausgabe verlangen.

5 Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung des zweckmässigen Einsatzes sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass:

a. die Kostenübernahme im Einzelfall nach einheitlichen Kriterien unter Berücksichtigung klinischer Leitlinien geprüft wird;

b. diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.[205]

6 Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.[206]

Art. 56*a*[207] Gezielte Informationen der Versicherten

1 Die Versicherer können die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen informieren.

204 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 18. März 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2017** 2745; **2019** 1393; BBl **2013** 1).

205 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 769; BBl **2021** 2819).

206 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4087; BBl **2011** 2519, 2529). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

207 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2025 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2), in Kraft seit 1. Juli 2026 (AS **2026** 294; BBl **2022** 2427).

2 Die Versicherer informieren die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme über den Zweck der gezielten Information nach Absatz 1 und weisen die Versicherten darauf hin, dass der Erhalt der Informationen freiwillig ist und die Möglichkeit des jederzeitigen Widerspruchs besteht.

Art. 57 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

1 Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztegesellschaften Vertrauensärzte beziehungsweise Vertrauensärztinnen. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36*a* und 37 Absatz 1 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.[208]

2 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärztegesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherer seinen Sitz hat.

3 Eine kantonale Ärztegesellschaft kann einen Vertrauensarzt oder eine Vertrauensärztin aus wichtigen Gründen ablehnen; in diesem Fall entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89.

4 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifanwendung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.

5 Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen.

6 Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin verlangen. Können sie sich mit ihrem Versicherer nicht einigen, so entscheidet in Abweichung von Artikel 58 Absatz 1 ATSG[209] das Schiedsgericht nach Artikel 89.[210]

7 Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen, den Risikoausgleich zu berechnen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.[211]

208 Fassung des zweiten Satzes gemäss Ziff. I des BG vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 413; BBl **2018** 3125).
209 SR **830.1**
210 Fassung des Satzes gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
211 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4755, 4757; BBl **2004** 5551).

8 Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Ärztinnen sowie der Versicherer regeln die Weitergabe der Angaben nach Absatz 7 sowie die Weiterbildung und die Stellung der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen. Können sie sich nicht einigen, so erlässt der Bundesrat die nötigen Vorschriften.

Art. 58[212] Qualitätsentwicklung

Der Bundesrat legt nach Anhörung der interessierten Organisationen jeweils für vier Jahre die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) fest. Er kann die Ziele während der Vierjahresperiode anpassen, falls sich die Grundlagen für deren Festlegung wesentlich verändert haben.

Art. 58*a*[213] Massnahmen der Leistungserbringer und der Versicherer zur Qualitätsentwicklung

1 Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer schliessen gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) ab.

2 Die Qualitätsverträge regeln mindestens Folgendes:

a. die Qualitätsmessungen;

b. die Massnahmen zur Qualitätsentwicklung;

c. die Zusammenarbeit der Vertragspartner bei der Festlegung von Verbesserungsmassnahmen;

d. die Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen;

e. die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmassnahmen;

f. die Sanktionen bei Verletzungen des Vertrags;

g. das Vorlegen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung gegenüber der Eidgenössischen Qualitätskommission und dem Bundesrat.

3 Die Regeln zur Qualitätsentwicklung orientieren sich an jenen Leistungserbringern, welche die obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

4 Die Qualitätsverträge bedürfen der Genehmigung des Bundesrates.

5 Können sich die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nicht auf einen Qualitätsvertrag einigen, so legt der Bundesrat die Regeln für die in Absatz 2 Buchstaben a–e und g vorgesehenen Bereiche fest.

6 Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung halten.

212 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).

213 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).

7 Die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung bildet eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 58*b*[214] Eidgenössische Qualitätskommission

1 Der Bundesrat setzt zur Realisierung seiner Ziele im Bereich der Qualitätsentwicklung eine Kommission (Eidgenössische Qualitätskommission) ein und ernennt deren Mitglieder.

2 Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer, der Versicherten, der Patientenorganisationen sowie von Fachleuten.

3 Die Eidgenössische Qualitätskommission erlässt ein Geschäftsreglement. Darin regelt sie namentlich ihre Organisation und das Verfahren für ihre Entscheidungen. Das Geschäftsreglement bedarf der Genehmigung des Departements.

4 Die Eidgenössische Qualitätskommission erlässt ein Reglement zur Mittelverwendung. Darin regelt sie namentlich die Berechnung der Abgeltungen und der Finanzhilfen. Das Reglement bedarf der Genehmigung des Departements.

5 Die Eidgenössische Qualitätskommission veröffentlicht ihre Beschlüsse in geeigneter Form.

Art. 58*c*[215] Aufgaben und Kompetenzen der Eidgenössischen Qualitätskommission

1 Die Eidgenössische Qualitätskommission hat folgende Aufgaben und Kompetenzen:

a. Sie berät den Bundesrat, die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer hinsichtlich der Koordination der Massnahmen zur Qualitätsentwicklung.

b. Sie beauftragt Dritte, neue Qualitätsindikatoren zu entwickeln und die bestehenden weiterzuentwickeln; sie gibt gegenüber den Behörden Empfehlungen ab, welche Indikatoren zu verwenden sind.

c. Sie prüft die Berichte der Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nach Artikel 58*a* Absatz 2 Buchstabe g und unterbreitet diesen Verbänden Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung.

d. Sie berät den Bundesrat bei der Festlegung von Massnahmen, die der Bundesrat gestützt auf die Artikel 58*a* und 58*h* vorsieht.

e. Sie beauftragt Dritte, systematische Studien und Überprüfungen durchzuführen.

f. Sie beauftragt Dritte, nationale Programme zur Qualitätsentwicklung durchzuführen, die Identifikation und Analyse von Patientensicherheitsrisiken zu

214 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).

215 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).

gewährleisten, Massnahmen zu deren Reduktion zu ergreifen und die Weiterentwicklung von Methoden zur Förderung der Patientensicherheit sicherzustellen; dabei berücksichtigt sie insbesondere Organisationen, die über eine entsprechende Erfahrung in der Durchführung derartiger Aktivitäten und in der Implementierung des Wissens mit den zuständigen Fachpersonen verfügen.

g. Sie kann nationale oder regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung unterstützen.

h. Sie unterbreitet den zuständigen Behörden und den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer Empfehlungen über Qualitätsmessungen und allgemeine Qualitätsvorgaben, namentlich zur Indikationsqualität, sowie über Massnahmen in Einzelfällen.

2 Der Bundesrat legt auf Antrag der Eidgenössischen Qualitätskommission jährlich die von ihr zu erreichenden Ziele und die Überprüfung der Zielerreichung fest.

3 Die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer sind verpflichtet, den von der Eidgenössischen Qualitätskommission beauftragten Dritten die Daten bekannt zu geben, die für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 Buchstaben e und f erforderlich sind.

4 Die Dritten müssen die Anonymität der Patientinnen und Patienten gewährleisten.

5 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten nach den Absätzen 3 und 4.

Art. 58*d*[216] Abgeltungen

1 Der Bund gilt Leistungen von Dritten, denen eine Aufgabe nach Artikel 58*c* Absatz 1 Buchstabe b, e oder f übertragen wurde, im Rahmen der bewilligten Kredite ab.

2 Die Abgeltungen werden von der Eidgenössischen Qualitätskommission auf Gesuch hin mittels Globalbeiträgen gestützt auf Leistungsvereinbarungen gewährt.

3 Der Bundesrat legt die Anforderungen und das Verfahren für die Gewährung von Abgeltungen fest.

Art. 58*e*[217] Finanzhilfen

1 Der Bund kann im Rahmen der bewilligten Kredite nationale oder regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung mit Finanzhilfen unterstützen.

2 Die Finanzhilfen werden von der Eidgenössischen Qualitätskommission auf Gesuch hin gestützt auf Leistungsvereinbarungen ausgerichtet. Sie decken höchstens 50 Prozent der Kosten.

216 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).

217 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).

3 Der Bundesrat legt die Anforderungen und das Verfahren für die Gewährung von Finanzhilfen fest.

Art. 58*f*[218] Finanzierung der Aufgaben und des Betriebs der Eidgenössischen Qualitätskommission

1 Die Finanzierung der Kosten der Eidgenössischen Qualitätskommission für ihren Betrieb, für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach Artikel 58*c* Absatz 1, für die Abgeltungen nach Artikel 58*d* und für die Finanzhilfen nach Artikel 58*e* wird zu je zu einem Drittel vom Bund, von den Kantonen und von den Versicherern sichergestellt.

2 Die maximalen jährlichen Ausgaben für die Finanzierung der Kosten ergeben sich aus der Multiplikation der Anzahl der Erwachsenen nach Artikel 16*a* Absatz 4 mit 0,07 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie für Versicherte nach Artikel 16*a* Absatz 3 für die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit der vom Bundesrat gestützt auf Artikel 64 Absatz 3 festlegten Franchise und Unfalldeckung.

3 Für den Anteil des Bundes werden die notwendigen Kredite in den Voranschlag eingestellt.

4 Der Anteil der Kantone bemisst sich nach ihrer Wohnbevölkerung.

5 Der Anteil der Versicherer bemisst sich nach der Anzahl ihrer Versicherten, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstehen.

6 Der Bundesrat legt bei der Festlegung der Ziele nach Artikel 58 den jährlichen Beitrag des Bundes, der Kantone und der Versicherer unter Berücksichtigung des Höchstbetrags nach Absatz 2 und der Kostenteilung nach Absatz 1 fest.

7 Das Bundesamt fordert die Beiträge bei den Kantonen und Versicherern ein und erhebt bei verspäteter Zahlung einen Verzugszins.

8 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Überweisung und der Verwaltung der Finanzierungsbeiträge.

Art. 58*g*[219] Gesamtkredit

Die Bundesversammlung beschliesst mit einem mehrjährigen Gesamtkredit den Höchstbetrag, bis zu dem die Eidgenössische Qualitätskommission Abgeltungen nach Artikel 58*d* und Finanzhilfen nach Artikel 58*e* gewähren kann.

218 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).

219 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).

Art. 58*h*[220] Massnahmen des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung und zur Sicherung und Wiederherstellung des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen

[1] Der Bundesrat legt Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Sicherung und Wiederherstellung des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen fest. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- und Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt werden muss;

b. die Kosten besonders kostspieliger oder schwieriger Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur übernommen werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden.

[2] Er kann die Leistungserbringer nach Absatz 1 Buchstabe b näher bezeichnen.

Art. 59[221] Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualitätsentwicklung sowie bezüglich Rechnungsstellung[222]

[1] Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56, 58*a* und 58*h*) oder gegen vertragliche Abmachungen sowie gegen die Bestimmungen über die Rechnungsstellung (Art. 42) verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen neben den in den Qualitätsverträgen vorgesehenen Sanktionen:[223]

a. die Verwarnung;

b. die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden;

c.[224] eine Busse bis zu 20 000 Franken; oder

d. im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

[2] Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer.

[3] Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:

a. die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Artikel 56 Absatz 1;

220 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).
221 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 8. Okt. 2004 (Gesamtstrategie und Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2005** 1071; BBl **2004** 4259).
222 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071).
223 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071).
224 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071).

b. die nicht erfolgte oder die mangelhafte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;

c.[225] die Nichteinhaltung der Massnahmen nach den Artikeln 58*a* und 58*h*;

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;

g.[226] die unterlassene Übermittlung der Rechnungskopien zuhanden der versicherten Personen im System des *Tiers payant* nach Artikel 42;

h.[227] die wiederholt unvollständige oder unkorrekte Rechnungsstellung.

[4] Die finanziellen Mittel, die aus Bussen und Sanktionen stammen, die von einem kantonalen Schiedsgericht wegen des Verstosses gegen Qualitätsanforderungen nach den Artikeln 58*a* und 58*h* verhängt werden, verwendet der Bundesrat für Qualitätsmassnahmen nach diesem Gesetz.[228]

Art. 59*a*[229] Daten der Leistungserbringer

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

a. Art der ausgeübten Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung sowie Rechtsform;

b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;

c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;

d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;

e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;

f. medizinische Qualitätsindikatoren.

[2] Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

[3] Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem BAG, dem Preisüberwacher,

225 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 151; BBl **2016** 257).
226 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071).
227 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071).
228 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) (AS **2021** 151; BBl **2016** 257). Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 837; BBl **2019** 6071).
229 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84*a* aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

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

Art. 59*a* [bis 230] Elektronisches Patientendossier

Die folgenden Behörden können auf die Abfragedienste nach Artikel 14 Absatz 1 EPDG[231] zugreifen, soweit dies für die Kontrolle der Einhaltung der Pflicht der jeweiligen Leistungserbringer zum Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a EPDG notwendig ist:

a. die Aufsichtsbehörde nach Artikel 38 Absatz 1;

b. die für die Aufsicht über die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben h–k zuständige kantonale Behörde.

4*a*. Kapitel:[232] Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung

Art. 59*b*

1 Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Stärkung der Anforderungen der Qualität oder zur Förderung der Digitalisierung zu erproben, kann das EDI nach Anhören der interessierten Kreise Pilotprojekte bewilligen.

2 Pilotprojekte, die einen der folgenden Bereiche betreffen, dürfen von Bestimmungen dieses Gesetzes, mit Ausnahme von Artikel 1, abweichen:

a. Leistungserbringung im Auftrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Naturalleistungsprinzip) anstelle der Vergütung der Leistungen;

b. Übernahme von Leistungen im Ausland ausserhalb der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nach Artikel 34 Absatz 2;

c. Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers;

d. einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen;

e. Förderung der koordinierten und der integrierten Gesundheitsversorgung;

f. Stärkung der Anforderungen an die Qualität;

g. Förderung der Digitalisierung.

230 Eingefügt durch Ziff. II des BG vom 15. März 2024 (Übergangsfinanzierung, Einwilligung und Zugriff auf Abfragedienste), in Kraft seit 1. Okt. 2024 (AS **2024** 458; BBl **2023** 2181).

231 SR **816.1**

232 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1*a*), in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2021** 837; **2022** 808; BBl **2019** 6071).

3 Der Bundesrat kann vorsehen, dass Pilotprojekte, die das Ziel nach Absatz 1 verfolgen, in anderen Bereichen bewilligt werden können, sofern sie nicht von diesem Gesetz abweichen.

4 Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt.

5 Das EDI legt in einer Verordnung die Abweichungen von diesem Gesetz und von dessen Ausführungsbestimmungen sowie die Rechte und Pflichten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Pilotprojekts fest.

6 Die Pilotprojekte müssen sicherstellen, dass die Rechte, die dieses Gesetz den Versicherten gewährt, durch die Teilnahme am Projekt nicht beeinträchtigt werden und dass die Teilnahme freiwillig ist. Der Bundesrat legt die entsprechenden Bewilligungsvoraussetzungen fest. Er legt zudem die Mindestanforderungen an die Evaluation von Pilotprojekten durch die Projektpartner fest.

7 Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 5, die von diesem Gesetz abweichen oder die damit zusammenhängende Rechte und Pflichten festlegen, anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt, die Qualität gestärkt oder die Digitalisierung gefördert werden können. Die Bestimmungen treten ein Jahr nach ihrer Verlängerung ausser Kraft, wenn der Bundesrat bis zu diesem Zeitpunkt der Bundesversammlung keinen Entwurf einer gesetzlichen Grundlage unterbreitet hat. Sie treten ausserdem ausser Kraft mit der Ablehnung des Entwurfs des Bundesrates durch die Bundesversammlung oder mit Inkrafttreten der gesetzlichen Grundlage.

5. Kapitel: Finanzierung

1. Abschnitt: …

Art. 60[233]

2. Abschnitt: Prämien der Versicherten

Art. 61 Grundsätze

1 Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Soweit dieses Gesetz keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer von seinen Versicherten die gleichen Prämien.

2 Der Versicherer stuft die Prämien gemäss den kantonalen Kostenunterschieden ab. Für sehr kleine kantonale Versichertenbestände kann davon abgewichen werden. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person.[234]

233 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

234 Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

[2bis] Der Versicherer kann die Prämien regional abstufen. Das EDI legt die Regionen sowie die basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest.[235]

[3] Für Kinder und für junge Erwachsene setzt der Versicherer eine tiefere Prämie fest als für die übrigen Versicherten; die Prämie für Kinder muss tiefer sein als diejenige für junge Erwachsene.[236]

[3bis] Der Bundesrat kann die Prämienermässigungen nach Absatz 3 festlegen.[237]

[4] Für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen, sind die Prämien je Wohnsitzstaat zu berechnen. Der Bundesrat erlässt Vorschriften, wie die Prämien dieser Versicherten und das Inkasso zu gestalten sind.[238]

[5] …[239]

Art. 61*a*[240] Prämienschuldnerin und -schuldner bei Kindern

[1] Die Prämien für das Kind sind bis zum Ende des Monats, in dem dieses volljährig wird, ausschliesslich von dessen Eltern geschuldet. Das Kind kann für diese Prämien auch nach Eintritt der Volljährigkeit nicht belangt werden; eine dazu eingeleitete Betreibung ist nichtig.

[2] Die Prämien sind von den Eltern solidarisch geschuldet.

[3] Der eine Elternteil schuldet die Prämien allein, wenn der andere Elternteil nachweist, dass er:

a. gemäss einem Unterhaltsvertrag oder einem gerichtlichen Entscheid verpflichtet ist, Unterhaltsbeiträge für das Kind zu bezahlen, welche die Prämien enthalten; und

b. diese Unterhaltsbeiträge bezahlt hat.

235 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

236 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 17. März 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2018** 1843; BBl **2016** 7213 7943).

237 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

238 Eingefügt durch Ziff. I 9 des BG vom 8. Okt. 1999 zum Abk. zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der EG sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (AS **2002** 701; BBl **1999** 6128). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

239 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Dez. 1998 (AS **1999** 2041; BBl **1998** 1335, 1342). Ursprünglich Abs. 4. Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

240 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

Art. 61*b*[241] Prämienerhebung für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich

Die Prämien der Familienangehörigen einer auf Grund einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz, des Bezugs einer schweizerischen Rente oder einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherten Person werden bei dieser Person erhoben.

Art. 62 Besondere Versicherungsformen

1 Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

2 Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;

b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

2bis Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienermässigung bei Versicherungsformen nach Absatz 2 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme der Kosten, die sich aus diesen Versicherungsformen ergeben, vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.[242]

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 den Artikeln 16–17*a* bleibt in jedem Fall vorbehalten.[243]

Art. 63 Entschädigungen an Dritte

1 Übernimmt ein Arbeitgeberverband, ein Arbeitnehmerverband oder eine Fürsorgebehörde Aufgaben zur Durchführung der Krankenversicherung, so hat ihnen der Ver-

241 Ursprünglich: Art. 61*a*. Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

242 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

243 Fassung des driten Satzes gemäss Ziff. I des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3345; BBl **2013** 7801, 8387).

sicherer dafür eine angemessene Entschädigung auszurichten. Dies gilt in Abweichung von Artikel 28 Absatz 1 ATSG[244] auch, wenn ein Arbeitgeber solche Aufgaben übernimmt.[245]

2 Der Bundesrat legt Höchstgrenzen für die Entschädigungen fest.

3. Abschnitt: Kostenbeteiligung

Art. 64

1 Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

1bis Die Kostenbeteiligung für das Kind ist bis zum Ende des Monats, in dem dieses volljährig wird, ausschliesslich von den Personen geschuldet, die die Prämien schulden. Das Kind kann für diese Kostenbeteiligung auch nach Eintritt der Volljährigkeit nicht belangt werden; eine dazu eingeleitete Betreibung ist nichtig.[246]

2 Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und

b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3 Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

4 Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

5 Die Versicherten leisten zudem einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Der Bundesrat setzt den Beitrag fest.

6 Der Bundesrat kann:

a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen;

b. für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;

c. die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist;

244 SR **830.1**

245 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

246 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

d.[247] einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise ausnehmen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

[7] Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

a. Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2;

b. Leistungen nach den Artikeln 25 und 25*a*, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.[248]

[8] Kostenbeteiligungen dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme dieser Kosten vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.[249]

3*a*. Abschnitt:[250] Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 64*a*[251]

[1] Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.

[1bis] Ist die versicherte Person minderjährig, so sind die Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen auf ihre Eltern oder den Elternteil, der die Prämien schuldet, anzuwenden.[252]

[2] Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreibung anheben. Eine Person darf in einem Kalenderjahr höchstens je zwei Mal für eigene Ausstände und für Ausstände eines Kindes betrieben werden.[253] Dabei werden Betreibungen für Forderungen, die bereits zu einem Verlustschein oder einem

247 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).
248 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Juni 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS **2014** 387; BBl **2013** 2459, 2469).
249 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.
250 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2005 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 3587; BBl **2004** 4327).
251 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617, 6631).
252 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
253 Fassung des zweiten Satzes Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2025 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058).

gleichwertigen Rechtstitel geführt haben, nicht hinzugerechnet. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer ihm die von einer Betreibung betroffenen Personen bekannt gibt.[254]

3 Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreibungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton.

3bis Kann der Versicherer bei den Eltern oder dem Elternteil, der die Prämien schuldet, für ein Kind zu den in Absatz 3 erwähnten Forderungen keinen Verlustschein oder keinen gleichwertigen Rechtstitel erwirken, kann er diese Forderungen dem Kanton dennoch bekannt geben.[255]

4 Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach den Absätzen 3 und 3bis waren. Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen ist, erstattet dieser 50 Prozent des erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.[256]

5 Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf Prozent der Forderungen, die der Versicherer ihm bekannt gegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung. In diesen Fällen kann die versicherte Person den Versicherer in Abweichung von Absatz 6 wieder wechseln.[257]

6 In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt sind. Kinder können den Versicherer nicht wechseln, wenn solche Ausstände für sie bestehen. Versicherte, die nur Ausstände für ihre Kinder haben, dürfen den Versicherer trotzdem wechseln. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.[258]

7 Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der

254 Dritter und vierter Satz eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2025 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058).

255 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058).

256 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

257 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058).

258 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058).

Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen. Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann.[259]

[7bis] Versicherte, die volljährig geworden sind, können den Versicherer in Abweichung von Absatz 6 auf das Ende des Kalenderjahres auch wechseln, wenn Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse oder Betreibungskosten aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit ausstehen. Bei versicherungspflichtigen Familienangehörigen mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, Norwegen oder im Vereinigten Königreich geht Artikel 4*a* vor.[260]

[7ter] Die Kantone und die Versicherer tauschen ihre Daten nach einem einheitlichen Standard aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, nachdem er die Kantone und die Versicherer angehört hat.[261]

[8] Der Bundesrat legt die Aufgaben der Revisionsstelle fest und bezeichnet die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel. Er regelt zudem die Gebühren für Mahnungen und Zahlungsaufforderungen, die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.[262]

[9] Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen der versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen. Ist es nach dem Recht des betreffenden Staates möglich, dass der Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so kann der Bundesrat die Kantone zur Übernahme von 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren, verpflichten. Ist es nach dem Recht des betreffenden Staates nicht möglich, so kann der Bundesrat den Versicherern das Recht gewähren, die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufzuschieben.[263]

259 Dritter und vierter Satz eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058).

260 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058). Fassung gemäss Anhang Ziff. 1 des BB vom 16. Dez. 2022 über die Genehmigung und die Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich, in Kraft seit 1. März 2024 (AS **2024** 74; BBl **2022** 1180).

261 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058).

262 Fassung des zweiten Satzes gemäss Ziff. I des BG vom 18. März 2022 (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht), in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058).

263 Zweiter und dritter Satz eingefügt durch Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).

4. Abschnitt:
Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand

Art. 65[264] Prämienverbilligung durch die Kantone

[1] Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Sie bezahlen den Beitrag für die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind. Der Bundesrat kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.[265]

[1bis] Für untere und mittlere Einkommen verbilligen die Kantone die Prämien der Kinder um mindestens 80 Prozent und die Prämien der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent.[266]

[1ter] Jeder Kanton legt fest, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten mit Wohnort im Kanton höchstens ausmachen darf.[267]

[1quater] Jeder Kanton regelt die Prämienverbilligung so, dass diese pro Kalenderjahr gesamthaft einem bestimmten Mindestanteil der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Versicherten, die ihren Wohnort im Kanton haben, entspricht.[268]

[1quinquies] Der Mindestanteil wird nach demjenigen Anteil berechnet, den die Prämien am Einkommen der 40 Prozent einkommensschwächsten Versicherten mit Wohnort im Kanton durchschnittlich ausmachen; dabei gilt Folgendes:

a. Machen die Prämien weniger als 11 Prozent des Einkommens aus, so beträgt der Mindestanteil 3,5 Prozent der Bruttokosten.

b. Machen die Prämien 18,5 Prozent des Einkommens oder mehr aus, so beträgt der Mindestanteil 7,5 Prozent der Bruttokosten.

c. Zwischen den Eckwerten nach den Buchstaben a und b erhöht sich der Mindestanteil linear.[269]

264 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

265 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617, 6631). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

266 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2005 (Prämienverbilligung (AS **2005** 3587; BBl **2004** 4327). Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 17. März 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2018** 1843; BBl **2016** 7213, 7943). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

267 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 568; BBl **2021** 2383). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

268 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 568; BBl **2021** 2383). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

269 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 568; BBl **2021** 2383).

1sexies Die Berechnung des Mindestanteils stützt sich auf:

a. das steuerbare Einkommen nach dem Bundesgesetz vom 14. Dezember 1990[270] über die direkte Bundessteuer;

b. die von den Versicherten tatsächlich bezahlten Prämien sämtlicher Versicherungsformen (mittlere Prämie).[271]

1septies Für die Beurteilung, ob ein Kanton den Mindestanteil erfüllt, werden alle Beträge berücksichtigt, die er für die Bezahlung der Prämien der Versicherten aufwendet, mit Ausnahme von Forderungen, die er gestützt auf Artikel 64*a* Absatz 4 übernommen hat, und mit Ausnahme seines Anteils am Bundesbeitrag nach Artikel 66.[272]

1octies Der Bundesrat legt nach Anhörung der Kantone die Einzelheiten der Berechnung der Bruttokosten und des Mindestanteils fest.[273]

2 Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern erfolgt nach einem einheitlichen Standard. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.[274]

3 Die Kantone sorgen dafür, dass bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere auf Antrag der versicherten Person, die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden. Nach der Feststellung der Bezugsberechtigung sorgen die Kantone zudem dafür, dass die Auszahlung der Prämienverbilligung so erfolgt, dass die anspruchsberechtigten Personen ihrer Prämienzahlungspflicht nicht vorschussweise nachkommen müssen.

4 Die Kantone informieren die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung.

4bis Der Kanton meldet dem Versicherer die Versicherten, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, und die Höhe der Verbilligung so früh, dass der Versicherer die Prämienverbilligung bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann. Der Versicherer informiert die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die tatsächliche Prämienverbilligung.[275]

5 Die Versicherer sind verpflichtet, bei der Prämienverbilligung über die Bestimmungen betreffend die Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 82 hinaus mitzuwirken.[276]

270 SR **642.11**
271 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 568; BBl **2021** 2383).
272 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 568; BBl **2021** 2383).
273 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 29. Sept. 2023 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 568; BBl **2021** 2383).
274 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617, 6631).
275 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617, 6631).
276 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617, 6631).

6 Die Kantone machen dem Bund zur Überprüfung der sozial- und familienpolitischen Ziele anonymisierte Angaben über die begünstigten Versicherten. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften dazu.[277]

Art. 65*a*[278] Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen

Die Kantone gewähren folgenden Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen, Prämienverbilligungen:

a. den Grenzgängern und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörigen;

b. den Familienangehörigen von Kurzaufenthaltern und -aufenthalterinnen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Niedergelassenen;

c. den Bezügern und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörigen.

Art. 66[279] Bundesbeitrag

1 Der Bund gewährt den Kantonen jährlich einen Beitrag zur Verbilligung der Prämien im Sinne der Artikel 65 und 65*a*.

2 Der Bundesbeitrag entspricht 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

3 Der Bundesrat setzt die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag nach deren Wohnbevölkerung sowie nach der Anzahl der Versicherten nach Artikel 65*a* Buchstabe a fest.

Art. 66*a*[280] Prämienverbilligung durch den Bund für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen[281]

1 Der Bund gewährt den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im

277 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. März 2005 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 3587; BBl **2004** 4327).

278 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

279 Fassung gemäss Ziff. II 26 des BG vom 6. Okt. 2006 zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA), in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5779; BBl **2005** 6029).

280 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083).

281 Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

Vereinigten Königreich wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, Prämienverbilligungen; die Verbilligung wird auch ihren in der Schweiz versicherten Familienangehörigen gewährt.[282]

2 Die Finanzierung der Beiträge zur Prämienverbilligung an die Versicherten nach Absatz 1 erfolgt durch den Bund.

3 Der Bundesrat regelt das Verfahren.

3. Titel: Freiwillige Taggeldversicherung

Art. 67 Beitritt

1 Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr vollendet hat, kann bei einem Versicherer nach Artikel 2 Absatz 1 KVAG[283] oder Artikel 3 KVAG eine Taggeldversicherung abschliessen.[284]

2 Er kann hiefür einen anderen Versicherer wählen als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

3 Die Taggeldversicherung kann als Kollektivversicherung abgeschlossen werden. Kollektivversicherungen können abgeschlossen werden von:

a. Arbeitgebern für sich und ihre Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen;

b. Arbeitgeberorganisationen und Berufsverbänden für ihre Mitglieder und die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ihrer Mitglieder;

c. Arbeitnehmerorganisationen für ihre Mitglieder.

Art. 68[285]

Art. 69 Versicherungsvorbehalt

1 Die Versicherer können Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.

2 Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach fünf Jahren dahin. Die Versicherten können vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

282 Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).
283 SR **832.12**
284 Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
285 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

3 Der Versicherungsvorbehalt ist nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit sowie Beginn und Ende der Vorbehaltsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet sind.

4 Bei einer Erhöhung des versicherten Taggeldes und bei einer Verkürzung der Wartefrist gelten die Absätze 1–3 sinngemäss.

Art. 70 Wechsel des Versicherers

1 Der neue Versicherer darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person den Versicherer wechselt, weil:

a. die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt; oder

b. sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet; oder

c. der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt.

2 Der neue Versicherer kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen.

3 Der bisherige Versicherer sorgt dafür, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherungsschutz bei ihm bestehen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

4 Der neue Versicherer muss auf Verlangen der versicherten Person das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern. Er kann dabei die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Artikel 72 anrechnen.

Art. 71 Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung

1 Scheidet eine versicherte Person aus der Kollektivversicherung aus, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, so hat sie das Recht, in die Einzelversicherung des Versicherers überzutreten. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizubehalten.

2 Der Versicherer hat dafür zu sorgen, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. Sie hat ihr Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

Art. 72 Leistungen

1 Der Versicherer vereinbart mit dem Versicherungsnehmer das versicherte Taggeld. Sie können die Deckung auf Krankheit und Mutterschaft beschränken.

1bis Die übernommenen Leistungen werden der Periode der Arbeitsunfähigkeit zugeordnet.[286]

2 Der Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG[287]) ist.[288] Ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung. Der Leistungsbeginn kann gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie aufgeschoben werden. Wird für den Anspruch auf Taggeld eine Wartefrist vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist, so kann die Mindestbezugsdauer des Taggeldes um diese Frist verkürzt werden.

3 Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten. Artikel 67 ATSG ist nicht anwendbar.[289]

4 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Absatz 3 vorgesehenen Dauer geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

5 Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung nach Artikel 78 dieses Gesetzes und Artikel 69 ATSG hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern.[290] Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung.

6 Artikel 19 Absatz 2 ATSG kommt nur zur Anwendung, wenn der Arbeitgeber die Taggeldversicherung mitfinanziert hat. Vorbehalten bleiben andere vertragliche Abreden.[291]

Art. 73 Koordination mit der Arbeitslosenversicherung

1 Arbeitslosen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG[292]) von mehr als 50 Prozent das volle Taggeld und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25, aber höchstens 50 Prozent das halbe Taggeld auszurichten, sofern die Versicherer auf Grund ihrer Versicherungsbedingungen oder vertraglicher Vereinbarungen bei einem entsprechenden Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich Leistungen erbringen.[293]

286 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
287 SR **830.1**
288 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
289 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
290 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
291 Eingefügt durch Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3453; BBl **2002** 803).
292 SR **830.1**
293 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

2 Arbeitslose Versicherte haben gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung.

Art. 74 Taggeld bei Mutterschaft

1 Die Versicherer haben bei Schwangerschaft und Niederkunft das versicherte Taggeld auszurichten, wenn die Versicherte bis zum Tag ihrer Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war.

2 Das Taggeld ist während 16 Wochen zu leisten, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Es darf nicht auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Artikel 72 Absatz 3 angerechnet werden und ist auch nach deren Ausschöpfung zu leisten.

Art. 75[294]

Art. 76 Prämien der Versicherten

1 Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Er erhebt für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien.

2 Gilt für die Entrichtung des Taggeldes eine Wartefrist, so hat der Versicherer die Prämien entsprechend zu reduzieren.

3 Der Versicherer kann die Prämien nach dem Eintrittsalter und nach Regionen abstufen.

4 Artikel 61 Absätze 2 und 4[295] gelten sinngemäss.

5 Der Bundesrat kann für die Prämienreduktion nach Absatz 2 und für die Prämienabstufungen nach Absatz 3 nähere Vorschriften erlassen.

Art. 77 Prämien in der Kollektivversicherung

Die Versicherer können in der Kollektivversicherung von der Einzelversicherung abweichende Prämien vorsehen. Diese sind so festzusetzen, dass die Kollektivversicherung mindestens selbsttragend ist.

294 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
295 Heute: Art. 61 Abs. 2 und 5.

4. Titel:[296]
Besondere Bestimmungen zur Koordination, zur Haftung und zum Rückgriff

Art. 78 Leistungskoordination

Der Bundesrat kann die Koordination des Taggeldes regeln und sorgt dafür, dass die Versicherten oder die Leistungserbringer durch die Leistungen der sozialen Krankenversicherung oder durch deren Zusammentreffen mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen nicht überentschädigt werden, insbesondere beim Aufenthalt in einem Spital.

Art. 78*a* Haftung für Schäden

Ersatzansprüche der gemeinsamen Einrichtung, von Versicherten und Dritten nach Artikel 78 ATSG[297] sind beim Versicherer geltend zu machen; dieser entscheidet darüber durch Verfügung.

Art. 79 Einschränkung des Rückgriffs

Die Einschränkung des Rückgriffs nach Artikel 75 Absatz 2 ATSG[298] ist nicht anwendbar.

Art. 79*a*[299] Rückgriffsrecht der Kantone

[1] Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG[300] gilt sinngemäss:

a. für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach den Artikeln 25*a*, 41 und 49*a* geleistet hat;

b. für die Kantone für die Beiträge, die sie nach Artikel 49*a* Absatz 3[bis] in Verbindung mit Artikel 41 gemeinsam geleistet haben.

[2] Die gemeinsame Einrichtung macht das Rückgriffsrecht für die Kantone nach Absatz 1 Buchstabe b geltend.

296 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

297 SR **830.1**

298 SR **830.1**

299 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung) (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551). Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).

300 SR **830.1**

5. Titel: Besondere Bestimmungen zum Verfahren und zur Rechtspflege, Strafbestimmungen[301]

Art. 80 Formloses Verfahren[302]

[1] Versicherungsleistungen werden im formlosen Verfahren nach Artikel 51 ATSG[303] gewährt. Dies gilt in Abweichung von Artikel 49 Absatz 1 ATSG auch für erhebliche Leistungen.[304]

[2] …[305]

[3] Der Versicherer darf den Erlass einer Verfügung nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

Art. 81[306]

Art. 82[307] Besondere Amts- und Verwaltungshilfe

In Abweichung von Artikel 33 ATSG[308] geben die Versicherer den zuständigen Behörden auf Anfrage kostenlos die notwendigen Auskünfte und Unterlagen für:

a.[309] die Ausübung des Rückgriffsrechts nach Artikel 79*a*;

b. die Festsetzung der Prämienverbilligung.

Art. 82*a*[310] Kontrolle der Weitergabe von Vergünstigungen

Das BAG kontrolliert, ob die Leistungserbringer Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3 Buchstabe b unter Berücksichtigung von Artikel 56 Absatz 3[bis] an den

301 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
302 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
303 SR **830.1**
304 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
305 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
306 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
307 Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3453; BBl **2002** 803).
308 SR **830.1**
309 Fassung gemäss Anhang Ziff. 6 des BG vom 21. Juni 2019, in Kraft seit 1. Jan. 2021 (AS **2020** 5137; BBl **2018** 1607).
310 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 18. März 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2017** 2745; **2019** 1393; BBl **2013** 1).

Schuldner der Vergütung und an die Versicherer weitergeben beziehungsweise zur Verbesserung der Qualität der Behandlung einsetzen. Es ist befugt, bei Versicherern und Leistungserbringern sowie deren Lieferanten sämtliche dafür notwendigen Angaben zu erheben und die Weitergabe von Vergünstigungen zu verfügen.

Art. 83[311] AHV-Nummer

Die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe sind befugt, die AHV-Nummer nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946[312] über die Alters- und Hinterlassenenversicherung für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben systematisch zu verwenden.

Art. 84[313] Bearbeiten von Personendaten

[1] Die mit der Durchführung oder mit der Kontrolle oder Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG[314] betrauten Organe sind befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz oder nach dem KVAG übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich um:[315]

a. für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen;

b. die Prämien zu berechnen und zu erheben;

c. Leistungsansprüche zu beurteilen sowie Leistungen zu berechnen, zu gewähren und mit Leistungen anderer Sozialversicherungen zu koordinieren;

d. den Anspruch auf Prämienverbilligungen nach Artikel 65[316] zu beurteilen sowie die Verbilligungen zu berechnen und zu gewähren;

e. ein Rückgriffsrecht gegenüber einem haftpflichtigen Dritten geltend zu machen;

f. die Aufsicht über die Durchführung dieses Gesetzes auszuüben;

g. Statistiken zu führen;

h.[317] die AHV-Nummer zuzuweisen oder zu verifizieren;

i.[318] den Risikoausgleich zu berechnen;

311 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 23 Juni 2006 (Neue AHV-Versichertennummer), in Kraft seit 1. Dez. 2007 (AS **2007** 5259; BBl **2006** 501).
312 SR **831.10**
313 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 23. Juni 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2755; BBl **2000** 255).
314 SR **832.12**
315 Fassung gemäss Anhang 1 Ziff. II 82 des Datenschutzgesetzes vom 25. Sept. 2020, in Kraft seit 1. Sept. 2023 (AS **2022** 491; BBl **2017** 6941).
316 Heute: nach Art. 65 und 65*a*.
317 Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 23 Juni 2006 (Neue AHV-Versichertennummer), in Kraft seit 1. Dez. 2007 (AS **2007** 5259; BBl **2006** 501).
318 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4755, 4757; BBl **2004** 5551).

j.[319] die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen zu informieren.

[2] Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind sie darüber hinaus befugt, Personendaten, die namentlich die Beurteilung der Gesundheit, der Schwere des physischen oder psychischen Leidens, der Bedürfnisse und der wirtschaftlichen Situation der versicherten Person erlauben, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen.[320]

Art. 84*a*[321] Datenbekanntgabe

[1] Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG[322] betraut sind, Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG[323] bekannt geben:[324]

a.[325] anderen mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG betrauten Organen, wenn die Daten für die Erfüllung der ihnen nach diesem Gesetz oder dem KVAG übertragenen Aufgaben erforderlich sind;

b. Organen einer anderen Sozialversicherung, wenn sich in Abweichung von Artikel 32 Absatz 2 ATSG eine Pflicht zur Bekanntgabe aus einem Bundesgesetz ergibt;

b^bis.[326] Organen einer anderen Sozialversicherung für die Zuweisung oder Verifizierung der AHV-Nummer;

c. den für die Quellensteuer zuständigen Behörden, nach den Artikeln 88 und 100 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990[327] über die direkte Bundessteuer sowie den entsprechenden kantonalen Bestimmungen;

d. den Organen der Bundesstatistik, nach dem Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992[328];

e. Stellen, die mit der Führung von Statistiken zur Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, wenn die Daten für die Erfüllung dieser Aufgabe erforderlich sind und die Anonymität der Versicherten gewahrt bleibt;

319 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2025 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2), in Kraft seit 1. Juli 2026 (AS **2026** 294; BBl **2022** 2427).
320 Eingefügt durch Anhang 1 Ziff. II 82 des Datenschutzgesetzes vom 25. Sept. 2020, in Kraft seit 1. Sept. 2023 (AS **2022** 491; BBl **2017** 6941).
321 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 23. Juni 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2755; BBl **2000** 255).
322 SR **832.12**
323 SR **830.1**
324 Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
325 Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
326 Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 23 Juni 2006 (Neue AHV-Versichertennummer), in Kraft seit 1. Dez. 2007 (AS **2007** 5259; BBl **2006** 501).
327 SR **642.11**
328 SR **431.01**

f.[329] den zuständigen kantonalen Behörden, wenn es sich um Daten nach Artikel 22*a* handelt und diese für die Planung der Spitäler und Pflegeheime sowie für die Beurteilung der Tarife erforderlich sind;

g. den Strafuntersuchungsbehörden, wenn die Anzeige oder die Abwendung eines Verbrechens die Datenbekanntgabe erfordert;

g[bis].[330] dem Nachrichtendienst des Bundes (NDB) oder den Sicherheitsorganen der Kantone zuhanden des NDB, wenn eine konkrete Bedrohung der inneren oder äusseren Sicherheit nach Artikel 19 Absatz 2 des Nachrichtendienstgesetzes vom 25. September 2015[331] gegeben ist;

h. im Einzelfall und auf schriftlich begründetes Gesuch hin:

1. Sozialhilfebehörden, wenn die Daten für die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen beziehungsweise für die Verhinderung ungerechtfertigter Bezüge erforderlich sind,
2. Zivilgerichten, wenn die Daten für die Beurteilung eines familien- oder erbrechtlichen Streitfalles erforderlich sind,
3. Strafgerichten und Strafuntersuchungsbehörden, wenn die Daten für die Abklärung eines Verbrechens oder eines Vergehens erforderlich sind,
4. Betreibungsämtern, nach den Artikeln 91, 163 und 222 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889[332] über Schuldbetreibung und Konkurs,
5.[333] den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden nach Artikel 448 Absatz 4 ZGB[334],
6.[335] …[336]

2 …[337]

3 Daten, die von allgemeinem Interesse sind und sich auf die Anwendung dieses Gesetzes beziehen, dürfen in Abweichung von Artikel 33 ATSG veröffentlicht werden. Die Anonymität der Versicherten muss gewahrt bleiben.[338]

329 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
330 Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 23. Dez. 2011 (AS **2012** 3745; BBl **2007** 5037; **2010** 7841). Fassung gemäss Anhang Ziff. II 17 des Nachrichtendienstgesetzes vom 25. Sept. 2015, in Kraft seit 1. Sept. 2017 (AS **2017** 4095; BBl **2014** 2105).
331 SR **121**
332 SR **281.1**
333 Eingefügt durch Anhang Ziff. 28 des BG vom 19. Dez. 2008 (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht), in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2011** 725; BBl **2006** 7001).
334 SR **210**
335 Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 23. Dez. 2011 (AS **2012** 3745; BBl **2007** 5037; **2010** 7841). Aufgehoben durch Anhang Ziff. II 17 des Nachrichtendienstgesetzes vom 25. Sept. 2015, mit Wirkung seit 1. Sept. 2017 (AS **2017** 4095; BBl **2014** 2105).
336 Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3453; BBl **2002** 803).
337 Aufgehoben durch Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3453; BBl **2002** 803).
338 Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3453; BBl **2002** 803).

4 Die Versicherer sind in Abweichung von Artikel 33 ATSG befugt, den Sozialhilfebehörden oder anderen für Zahlungsausstände der Versicherten zuständigen kantonalen Stellen die erforderlichen Daten bekannt zu geben, wenn Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nach erfolgloser Mahnung nicht bezahlen.[339]

5 In den übrigen Fällen dürfen Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG an Dritte wie folgt bekannt gegeben werden:[340]

a. nicht personenbezogene Daten, sofern die Bekanntgabe einem überwiegenden Interesse entspricht;

b. Personendaten, sofern die betroffene Person im Einzelfall schriftlich eingewilligt hat oder, wenn das Einholen der Einwilligung nicht möglich ist, diese nach den Umständen als im Interesse der versicherten Person vorausgesetzt werden darf.

6 Es dürfen nur die Daten bekannt gegeben werden, welche für den in Frage stehenden Zweck erforderlich sind.

7 Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Bekanntgabe und die Information der betroffenen Person.

8 Die Daten werden in der Regel schriftlich und kostenlos bekannt gegeben. Der Bundesrat kann die Erhebung einer Gebühr vorsehen, wenn besonders aufwendige Arbeiten erforderlich sind.

Art. 84*b*[341] Sicherstellung des Datenschutzes durch die Versicherer

Die Versicherer treffen die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes; sie erstellen insbesondere die gemäss Datenschutzverordnung vom 31. August 2022[342] notwendigen Bearbeitungsreglemente. Diese werden dem oder der Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten zur Beurteilung vorgelegt und sind öffentlich zugänglich.

Art. 85[343] Einsprache (Art. 52 ATSG[344])

Der Versicherer darf den Erlass eines Einspracheentscheides nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

339 Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3453; BBl **2002** 803).
340 Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3453; BBl **2002** 803).
341 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4755, 4757; BBl **2004** 5551).
342 SR **235.11**. Der Verweis wurde in Anwendung von Art. 12 Abs. 2 des Publikationsgesetzes vom 18. Juni 2004 (SR **170.512**) auf den 1. Sept. 2023 angepasst.
343 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
344 SR **830.1**

Art. 86[345] Beschwerde (Art. 56 ATSG[346])

Die Versicherer dürfen das Recht der Versicherten, Beschwerde bei einem kantonalen Versicherungsgericht zu erheben, nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

Art. 87[347] Streitigkeiten unter Versicherern

Bei Streitigkeiten der Versicherer unter sich ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der beklagte Versicherer seinen Sitz hat.

Art. 88[348]

Art. 89 Kantonales Schiedsgericht

[1] Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet ein Schiedsgericht.

[2] Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt.

[3] Das Schiedsgericht ist auch zuständig, wenn die versicherte Person die Vergütung schuldet (System des *Tiers garant*, Art. 42 Abs. 1); in diesem Fall vertritt ihr Versicherer sie auf eigene Kosten.

[4] Der Kanton bezeichnet ein Schiedsgericht. Es setzt sich zusammen aus einer neutralen Person, die den Vorsitz innehat, und aus je einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer in gleicher Zahl. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen; dieses wird durch je einen Vertreter oder eine Vertreterin der Beteiligten ergänzt.

[5] Der Kanton regelt das Verfahren; dieses muss einfach und rasch sein. Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei.

[6] Die Entscheide werden, versehen mit einer Begründung und einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts, schriftlich eröffnet.

345 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

346 SR **830.1**

347 Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

348 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht , mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).

Art. 90[349]

Art. 90*a*[350] Bundesverwaltungsgericht

[1] Über Beschwerden gegen die auf Grund von Artikel 18 Absätze 2[bis] und 2[ter] erlassenen Verfügungen und Einspracheentscheide der gemeinsamen Einrichtung entscheidet in Abweichung von Artikel 58 Absatz 2 ATSG[351] das Bundesverwaltungsgericht. Es entscheidet auch über Beschwerden gegen die auf Grund von Artikel 18 Absatz 2[quinquies] erlassenen Verfügungen der gemeinsamen Einrichtung.

[2] Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 53.[352]

Art. 91[353] Bundesgericht

Gegen Entscheide des kantonalen Schiedsgerichts kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005[354] beim Bundesgericht Beschwerde geführt werden.

Art. 92 Vergehen

[1] Mit Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen, sofern nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohtes Verbrechen oder Vergehen des Strafgesetzbuches[355] vorliegt, wird bestraft wer:[356]

a. sich durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise der Versicherungspflicht ganz oder teilweise entzieht;

b. durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise für sich oder andere Leistungen nach diesem Gesetz, die ihm nicht zukommen, erwirkt;

c.[357] …

d.[358] Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3 nicht weitergibt.

349 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 110 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005, mit Wirkung seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 2197, 1069 Art. 1 Bst. b; BBl **2001** 4202).
350 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Anhang Ziff. 110 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 2197, 1069 Art. 1 Bst. b; BBl **2001** 4202).
351 SR **830.1**
352 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).
353 Fassung gemäss Anhang Ziff. 110 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 2197, 1069 Art. 1 Bst. b; BBl **2001** 4202).
354 SR **173.110**
355 SR **311.0**
356 Fassung gemäss Art. 333 des Strafgesetzbuches (SR **311.0**) in der Fassung des BG vom 13. Dez. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 3459; BBl **1999** 1979).
357 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
358 Eingefügt durch Anhang Ziff. II 8 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2002 (AS **2001** 2790; BBl **1999** 3453).

2 In Abweichung von Artikel 79 Absatz 2 ATSG[359] verfolgt und beurteilt das BAG die Widerhandlungen gegen Artikel 56 Absatz 3 Buchstabe b in Verbindung mit Artikel 92 Absatz 1 Buchstabe d.[360]

Art. 93[361]

Art. 93*a*[362]

Art. 94[363]

Art. 95[364]

6. Titel:[365] Verhältnis zum europäischen Recht

Art. 95*a*[366]

1 In Bezug auf Personen, für die die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit der Schweiz oder eines oder mehrerer EU-Mitgliedstaaten gelten oder galten und die Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-Mitgliedstaates sind, auf Flüchtlinge oder Staatenlose mit Wohnort in der Schweiz oder einem EU-Mitgliedstaat sowie auf die Familienangehörigen und Hinterlassenen dieser Personen sind auf die Leistungen im Geltungsbereich des vorliegenden Gesetzes folgende Erlasse in der für die Schweiz verbindlichen Fassung von Anhang II, Abschnitt A, des Abkommens vom 21. Juni 1999[367] zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen) anwendbar:

359 SR **830.1**
360 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 des BG vom 18. März 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2017** 2745; **2019** 1393; BBl **2013** 1).
361 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
362 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
363 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).
364 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185, 910; **1994** V 921; **1999** 4523).
365 Eingefügt durch Ziff. I 9 des BG vom 8. Okt. 1999 zum Abk. zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der EG sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 701; BBl **1999** 6128).
366 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 30. Sept. 2016 (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6717; BBl **2016** 1).
367 SR **0.142.112.681**

a. Verordnung (EG) Nr. 883/2004[368];

b. Verordnung (EG) Nr. 987/2009[369];

c. Verordnung (EWG) Nr. 1408/71[370];

d. Verordnung (EWG) Nr. 574/72[371].

2 In Bezug auf Personen, für die die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit der Schweiz, Islands, Norwegens oder Liechtensteins gelten oder galten, und die Staatsangehörige der Schweiz, Islands, Norwegens oder Liechtensteins sind oder die als Flüchtlinge oder Staatenlose Wohnort in der Schweiz oder auf dem Gebiet Islands, Norwegens oder Liechtensteins haben, sowie auf die Familienangehörigen und Hinterlassenen dieser Personen sind auf die Leistungen im Geltungsbereich des vorliegenden Gesetzes folgende Erlasse in der für die Schweiz verbindlichen Fassung von Anlage 2 Anhang K des Übereinkommens vom 4. Januar 1960[372] zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA-Übereinkommen) anwendbar:

a. Verordnung (EG) Nr. 883/2004;

b. Verordnung (EG) Nr. 987/2009;

c. Verordnung (EWG) Nr. 1408/71;

d. Verordnung (EWG) Nr. 574/72.

3 Der Bundesrat passt die Verweise auf die in den Absätzen 1 und 2 aufgeführten Rechtsakte der Europäischen Union jeweils an, wenn eine Anpassung des Anhangs II des Freizügigkeitsabkommens und von Anlage 2 Anhang K des EFTA-Übereinkommens beschlossen wurde.

4 Die Ausdrücke «Mitgliedstaaten der Europäischen Union», «Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft», «Staaten der Europäischen Union» und «Staaten der Europäischen Gemeinschaft» im vorliegenden Gesetz bezeichnen die Staaten, für die das Freizügigkeitsabkommen gilt.

368 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR **0.831.109.268.1**).

369 Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR **0.831.109.268.11**).

370 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern; in der jeweils gültigen Fassung des Freizügigkeitsabkommens (AS **2004** 121; **2008** 4219, 4273; **2009** 4831) bzw. des revidierten EFTA-Übereinkommens.

371 Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern; in der jeweils gültigen Fassung des Freizügigkeitsabkommens (AS **2005** 3909; **2008** 4273; **2009** 621, 4845) bzw. des revidierten EFTA-Übereinkommens.

372 SR **0.632.31**

7. Titel:[373] Schlussbestimmungen

1. Kapitel: Vollzug

Art. 96

Der Bundesrat ist mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragt. Er erlässt die Ausführungsbestimmungen.

2. Kapitel: Übergangsbestimmungen

Art. 97 Kantonale Erlasse

1 Die Kantone erlassen bis zum Inkrafttreten des Gesetzes die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 65. Der Bundesrat bestimmt, bis zu welchem Zeitpunkt sie die übrigen Ausführungsbestimmungen erlassen müssen.

2 Ist der Erlass der definitiven Regelung zu Artikel 65 nicht fristgerecht möglich, so kann die Kantonsregierung eine provisorische Regelung treffen.

Art. 98 Fortführung der Versicherung durch anerkannte Krankenkassen

1 Die nach dem Bundesgesetz vom 13. Juni 1911[374] anerkannten Krankenkassen, welche die Krankenversicherung nach dem vorliegenden Gesetz fortführen wollen, haben dies dem BAG spätestens sechs Monate vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes mitzuteilen. Gleichzeitig haben sie die Prämientarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung zur Genehmigung nach den Artikeln 61 Absatz 4 und 76 Absatz 4[375] einzureichen.

2 Krankenkassen, deren Tätigkeitsbereich sich nach bisherigem Recht auf einen Betrieb oder einen Berufsverband beschränkte, können die Taggeldversicherung weiterhin in diesem beschränkten Rahmen durchführen. Sie haben dies in der Mitteilung nach Absatz 1 anzuführen.

3 Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Aufteilung des bisherigen Vermögens der Krankenkassen auf die nach neuem Recht weitergeführten Versicherungen.

Art. 99 Verzicht auf die Fortführung der sozialen Krankenversicherung

1 Krankenkassen, welche die Krankenversicherung nicht nach diesem Gesetz fortführen, verlieren mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes ihre Anerkennung. Sie haben dies ihren Mitgliedern und dem BAG spätestens sechs Monate vor Inkrafttreten dieses Gesetzes schriftlich mitzuteilen.

2 Sind diese Krankenkassen bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht im Besitze einer Bewilligung zum Betrieb von Versicherungen im Sinne des VAG[376], so haben sie sich

373 Ursprünglich 6. Tit.
374 [BS **8** 281]
375 Heute: den Art. 61 Abs. 5 und 76 Abs. 4.
376 SR **961.01**

aufzulösen. Vorbehalten bleibt die auf einen Betrieb oder Berufsverband beschränkte Durchführung einer Krankengeldversicherung. Das BAG entscheidet nach Rücksprache mit der FINMA, welcher Teil des Vermögens dieser Krankenkassen nach Absatz 3 zu verwenden ist.[377]

3 Wird das Vermögen einer aufgelösten Krankenkasse nicht durch Fusion auf einen anderen Versicherer im Sinne von Artikel 11 dieses Gesetzes übertragen, so fällt ein allfälliger Vermögensüberschuss bei privatrechtlich organisierten Krankenkassen in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

Art. 100[378]

Art. 101 Leistungserbringer, Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

1 Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen, Chiropraktoren und -praktorinnen, Hebammen sowie medizinische Hilfspersonen und Laboratorien, die unter dem bisherigen Recht zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, sind auch nach neuem Recht als Leistungserbringer zugelassen.

2 Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, sind als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen, solange der Kanton die in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e vorgesehene Liste der Spitäler und Pflegeheime noch nicht erstellt hat. Die Leistungspflicht der Versicherer und die Höhe der Vergütung richten sich bis zu einem vom Bundesrat zu bestimmenden Zeitpunkt nach den bisherigen Verträgen oder Tarifen.

3 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die unter dem bisherigen Recht für einen Versicherer (Art. 11–13) tätig waren, dürfen von den Versicherern oder ihren Verbänden auch nach neuem Recht mit den Aufgaben nach Artikel 57 betraut werden. Die Absätze 3–8 von Artikel 57 sind auch in diesen Fällen anwendbar.

Art. 102 Bestehende Versicherungsverhältnisse

1 Führen anerkannte Krankenkassen nach bisherigem Recht bestehende Krankenpflege- und Krankengeldversicherungen nach neuem Recht fort, so gilt für diese Versicherungen mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes das neue Recht.

2 Bestimmungen der Krankenkassen über Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang nach Artikel 34 Absatz 1 hinausgehen (statutarische Leistungen, Zusatzversicherungen), sind innert eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes dem neuen Recht anzupassen. Bis zur Anpassung richten sich Rechte und Pflichten der Versicherten nach dem bisherigen Recht. Die Krankenkasse ist verpflichtet, ihren Versicherten Versicherungsverträge anzubieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes gewähren. Die unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten sind bei der Festsetzung der Prämien anzurechnen.

377 Fassung des dritten Satzes gemäss Anhang Ziff. 12 des Finanzmarktaufsichtsgesetzes vom 22. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5207, 5205; BBl **2006** 2829).

378 Aufgehoben durch Ziff. II 43 des BG vom 20. März 2008 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Aug. 2008 (AS **2008** 3427; BBl **2007** 6121).

3 Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverhältnisse bei Krankenkassen, die ihre Anerkennung verlieren und das Versicherungsgeschäft als Versicherungseinrichtung im Sinne des VAG[379] fortführen (Art. 99), fallen mit Inkrafttreten dieses Gesetzes dahin. Die Versicherten können jedoch ihre Fortführung verlangen, wenn die Versicherungseinrichtung die entsprechende Versicherung weiterhin anbietet.

4 Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverträge mit anderen Versicherern als anerkannten Krankenkassen für Risiken, die nach diesem Gesetz aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden, fallen mit dessen Inkrafttreten dahin. Über diesen Zeitpunkt hinaus bezahlte Prämien werden zurückerstattet. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten ereignet haben, sind jedoch nach den bisherigen Verträgen zu gewähren.

5 Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverträge mit anderen Versicherern als anerkannten Krankenkassen für Risiken, die nach diesem Gesetz aus der freiwilligen Taggeldversicherung gedeckt werden, können innert eines Jahres nach dessen Inkrafttreten auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der Versicherungsnehmerin dem neuen Recht angepasst werden, wenn der Versicherer die freiwillige Taggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführt.

Art. 103 Versicherungsleistungen

1 Versicherungsleistungen für Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen worden sind, werden nach bisherigem Recht gewährt.

2 Beim Inkrafttreten laufende Krankengelder aus bestehenden Krankengeldversicherungen bei anerkannten Krankenkassen sind noch für längstens zwei Jahre nach den Bestimmungen des bisherigen Rechts über die Leistungsdauer zu gewähren.

Art. 104

1 Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes werden bestehende Tarifverträge nicht aufgehoben. Der Bundesrat bestimmt, bis wann sie an das neue Recht anzupassen sind.

2 Versicherer, welche die soziale Krankenversicherung erst unter dem neuen Recht aufnehmen, haben ein Recht auf Beitritt zu Tarifverträgen, die unter dem bisherigen Recht von Krankenkassenverbänden abgeschlossen worden sind (Art. 46 Abs. 2).

3 Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, von dem an Spitäler und Pflegeheime Artikel 49 Absätze 6 und 7 einzuhalten haben.

Art. 104*a*[380]

Art. 105[381]

379 Siehe heute: das BG vom 17. Dez. 2004 (SR **961.01**).
380 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Aufgehoben durch Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, mit Wirkung seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3517, 6847 Ziff. I; BBl **2005** 2033).
381 Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Risikoausgleich), mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4755, 4757; BBl **2004** 5551).

Art. 105*a*[382] Versichertenbestand im Risikoausgleich

[1] Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen, sind vom massgebenden Versichertenbestand für den Risikoausgleich ausgenommen.

[2] Die Verwaltungsbehörden der Kantone und Gemeinden sowie ausnahmsweise des Bundes geben auf schriftliche Anfrage hin den zuständigen Organen der sozialen Krankenversicherung kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Ermittlung der Versicherten nach Absatz 1 notwendig sind.

[3] Zur Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz kann das BAG von den Versicherern Daten zu den Versicherten nach Absatz 1 verlangen.

Art. 106[383]

Art. 106*a*–106*c*[384]

3. Kapitel: Referendum und Inkrafttreten

Art. 107

[1] Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

[2] Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten. Er kann die Fristen in den Artikeln 98 Absatz 1, 99 Absatz 1 und 100 verkürzen.

Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 1996[385]
Art. 11–14, 18, 61 Abs. 4, 76 Abs. 4, 97–104 und 107 Abs. 2: 1. Juni 1995[386]

382 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 16. Dez. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 4823; BBl **2002** 6845).
383 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. März 2014 (Prämienkorrektur), in Kraft vom 1. Jan. 2015 bis zum 31. Dez. 2017 (AS **2014** 2463; BBl **2012** 1923).
384 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2014 (Prämienkorrektur), in Kraft vom 1. Jan. 2015 bis zum 31. Dez. 2017 (AS **2014** 2463; BBl **2012** 1923).
385 Art. 1 der V vom 12. April 1995 über die Inkraftsetzung und Einführung des BG vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (AS **1995** 1367).
386 Art. 1 der V vom 12. April 1995 über die Inkraftsetzung und Einführung des BG vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (AS **1995** 1367).

Schlussbestimmungen der Änderung vom 24. März 2000[387]

1 Soweit die in den Artikeln 7 Absatz 7, 62 Absatz 2bis und 64 Absatz 8 erwähnten Verträge, Vereinbarungen oder statutarischen Ansprüche von der vorliegenden Änderung betroffen sind, fallen sie mit deren Inkrafttreten dahin.

2 Die Kantone erlassen bis zum Inkrafttreten dieser Änderung die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 65. Ist der Erlass der definitiven Regelung zu Artikel 65 nicht fristgerecht möglich, so kann die Kantonsregierung eine provisorische Regelung treffen.

Übergangsbestimmung der Änderung vom 8. Oktober 2004 (Pflegetarife)[388]

Schlussbestimmungen zur Änderung vom 18. März 2005 (Prämienverbilligung)[389]

Übergangsbestimmungen der Änderung vom 20. Dezember 2006 (Pflegetarife)[390]

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung)[391]

1 Die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49*a* mit Einschluss der Investitionskosten müssen spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein.

2 Der Bundesrat bestimmt:

a. die Einführungsmodalitäten;

b. das Verfahren, nach dem die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.

3 Die kantonalen Spitalplanungen müssen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen. Dabei müssen sie auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein.

4 Kantone und Versicherer beteiligen sich bis zum Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an

387 AS **2000** 2305; BBl **1999** 793
388 AS **2004** 4375; BBl **2004** 4259. Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 20. Dez. 2006 (Pflegetarife), mit Wirkung seit 21. Dez. 2006 (AS **2006** 5767; BBl **2006** 7555, 7563).
389 AS **2005** 3587; BBl **2004** 4327. Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 17. März 2017, mit Wirkung seit 1. Jan. 2019 (AS **2018** 1843; BBl **2016** 7213, 7943).
390 AS **2006** 5767; BBl **2006** 7555, 7563. In Kraft bis zum 31. Dez. 2008.
391 AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551

den Kosten der stationären Behandlungen. Während der Frist zur Anpassung der Spitallisten gemäss Absatz 3 haben die Kantone ihren Kostenanteil in allen Spitälern, die auf den aktuell gültigen Spitallisten aufgeführt sind, zu übernehmen.

5 Die Kantone setzen ihren Finanzierungsanteil nach Artikel 49*a* Absatz 2 spätestens per 1. Januar 2012 fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

6 Die Umsetzung der Regelung nach Artikel 41 Absatz 1bis erfolgt ebenfalls im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich)[392]

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 (Pflegefinanzierung)[393]

1 Die Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Artikel 25*a* Absatz 1 sind erstmals so festzulegen, dass sie der Summe der Vergütungen für die im dem Inkrafttreten vorangehenden Jahr ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen entsprechen. Kann diese Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten werden, so nimmt der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vor.

2 Die bei Inkrafttreten dieser Änderung geltenden Tarife und Tarifverträge sind innert drei Jahren an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 12. Juni 2009[394]

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. März 2010[395]

1 Der Versicherer vergütet die Leistungen an die versicherte Person (tiers garant), an den Leistungserbringer (tiers payant) oder an den Kanton, wenn der Kanton folgende Kosten übernimmt:

392 AS **2009** 4755; BBl **2004** 5551. Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 21. März 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3345; BBl **2013** 7801, 8387).
393 AS **2009** 3517 6487 Ziff. I; BBl **2005** 2033
394 AS **2009** 5265; BBl **2009** 3413, 3423. In Kraft bis 31. Dez. 2011.
395 AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617, 6631

a. die ausstehenden, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben; und

b. die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung angefallenen Verzugszinse und Betreibungskosten.

2 Wenn der Kanton die ausstehenden, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben, nicht übernimmt, bleiben die Aufschübe der Kostenübernahme für die Leistungen, die gestützt auf bisheriges Recht verfügt wurden, bestehen und die bis zum Inkrafttreten dieser Änderung erbrachten Leistungen werden nicht zurückerstattet. Sobald die versicherte Person die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreibungskosten vollständig bezahlt hat, übernimmt der Versicherer die Kosten der erbrachten Leistungen.

3 Die Kantone führen innerhalb von zwei Jahren ab Inkrafttreten dieser Änderung das System der Prämienverbilligung nach Artikel 65 Absatz 1 ein. Solange die Prämienverbilligung direkt an die versicherte Person ausgerichtet wird, übernimmt der Kanton anstatt 85 Prozent 87 Prozent der Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 4.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 23. Dezember 2011[396]

Für die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a legt der Bundesrat die Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 56 Absatz 6 fest, wenn Versicherer und Leistungserbringer sich nicht innert 12 Monaten nach Inkrafttreten der vorliegenden Änderung vertraglich auf eine Methode geeinigt haben.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Juni 2013[397] (Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung)

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19. Juni 2015 (Elektronisches Patientendossier)[398]

1 Spitäler, einschliesslich solcher, die Verträge nach Artikel 49*a* Absatz 4 abschliessen, haben Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe f nach einer Übergangsfrist von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2015 zu erfüllen.

2 Geburtshäuser, einschliesslich solcher, die Verträge nach Artikel 49*a* Absatz 4 abschliessen, sowie Pflegeheime haben Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe f nach einer Übergangsfrist von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2015 zu erfüllen.

396 AS **2012** 4087; BBl **2011** 2519, 2529
397 AS **2013** 2065; BBl **2012** 9439. In Kraft bis 30. Juni 2016.
398 AS **2017** 2201; BBl **2013** 5321

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 17. Juni 2016 (Verlängerung der Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung)[399]

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 17. März 2017[400]

Die Kantone setzen das in Artikel 65 Absatz 1bis festgelegte System der Prämienverbilligung für Kinder innert zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 17. März 2017 um.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 14. Dezember 2018 (Verlängerung der Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung)[401]

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Juni 2019[402]

Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer müssen dem Bundesrat die Verträge über die Qualitätsentwicklung erstmalig ein Jahr nach Inkrafttreten der Änderung vom 21. Juni 2019 zur Genehmigung einreichen.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020[403]

[1] Die kantonalen Regelungen zur Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung 19. Juni 2020 anzupassen. Bis die kantonale Regelung angepasst ist, längstens aber während zweier Jahre, gilt für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im jeweiligen Kanton das bisherige Recht.

[2] Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben.

399 AS **2016** 2265; BBl **2016** 3515, 3525. In Kraft bis 30. Juni 2019.
400 AS **2018** 1843; BBl **2016** 7213, 7943
401 AS **2019** 1211; BBl **2018** 6357, 6741. In Kraft bis 30. Juni 2021.
402 AS **2021** 151; BBl **2016** 257
403 AS **2021** 413; BBl **2018** 3125

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 18. Dezember 2020 (Vergütung des Pflegematerials)[404]

Während eines Jahres ab Inkrafttreten der Änderung vom 18. Dezember 2020 erfolgt die Vergütung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die nach Artikel 25*a* Absätze 1 und 2 verwendet werden und für die das Departement noch keine Bestimmung über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 erlassen hat, weiterhin nach dem bisherigen Recht.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 18. Juni 2021[405]

Die Organisation nach Artikel 47*a* ist innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten der Änderung vom 18. Juni 2021 einzusetzen.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 18. März 2022[406]

[1] Übernimmt ein Kanton zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 18. März 2022 bereits 85 Prozent nach Artikel 64*a* Absatz 4 übernommen hatte, so tritt der Versicherer ihm diese Forderung ab. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.

[2] Die Artikel 61*a* und 64 Absatz 1bis sind auf die Versicherten anzuwenden, die beim Inkrafttreten der Änderung vom 18. März 2022 minderjährig sind. Sie gelten auch für die Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreibungskosten dieser Versicherten, die vor dem Inkrafttreten unbezahlt waren.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 30. September 2022[407]

Die Verträge über das Kostenmonitoring und die Korrekturmassnahmen nach Artikel 47*c* Absatz 2 sind der zuständigen Behörde innerhalb von zwei Jahren ab Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2022 zur Genehmigung vorzulegen.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 16. Dezember 2022[408]

Der Bundesrat evaluiert die Auswirkungen der Änderung vom 16. Dezember 2022 auf die Entwicklung der Pflege und erstattet dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderung Bericht.

404 AS **2021** 345; BBl **2020** 4825
405 AS **2021** 837; BBl **2019** 6071
406 AS **2023** 678; BBl **2021** 745, 1058
407 AS **2023** 630; BBl **2019** 6071
408 AS **2024** 212; BBl **2022** 1498

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 29. September 2023[409]

[1] In den ersten zwei Kalenderjahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 29. September 2023 beträgt der Mindestanteil nach Artikel 65 Absatz 1quater in allen Kantonen 3,5 Prozent der Bruttokosten.

[2] Hat der Kanton seinen Anteil nach Artikel 65 Absatz 1ter vier Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderung nicht festgelegt, so legt der Bundesrat den Anteil fest.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 29. September 2023[410]

Kosten- und Qualitätsziele werden erstmals für das Kalenderjahr festgelegt, das nach Ablauf von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 29. September 2023 beginnt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. März 2025[411]

[1] …[412]

[2] Können sich die Parteien nicht innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2025 auf einen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen nach Artikel 42 Absatz 3ter einigen, so legt der Bundesrat den Standard fest.

[3–8] …[413]

409 AS **2025** 568; BBl **2021** 2383
410 AS **2025** 769; BBl **2021** 2819
411 AS **2026** 294; BBl **2022** 2427
412 Noch nicht in Kraft.
413 Noch nicht in Kraft.

Anhang

Aufhebung und Änderung von Bundesgesetzen

1. Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911[414] über die Krankenversicherung wird aufgehoben.

2.–6.

…[415]

414 [BS **8** 281; AS **1959** 858; **1964** 965; **1968** 64; **1971** 1465 II Art. 6 Ziff. 2; **1977** 2249 Ziff. I, 611; **1978** 1836 Anhang Ziff. 4; **1982** 196, 1676 Anhang Ziff. 1, 2184 Art. 114; **1990** 1091; **1991** 362 Ziff. II, 412; **1992** 288 Anhang Ziff. 37; **1995** 511]

415 Die Änderungen können unter AS **1995** 1328 konsultiert werden.