Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Juli 2026)

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000[1] über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG),
auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994[2] über die Krankenversicherung (KVG),
auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000[3] (HMG)
und auf Artikel 46*a* des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997[4],[5]

verordnet:

1. Teil: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Titel: Versicherungspflicht

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

1. Abschnitt: Versicherungspflichtige Personen

Art. 1 Versicherungspflicht

1 Personen mit Wohnsitz in der Schweiz nach den Artikeln 23–26 des Zivilgesetzbuches[6] (ZGB) unterstehen der Versicherungspflicht nach Artikel 3 KVG[7].

2 Versicherungspflichtig sind zudem:

a.[8] Ausländer und Ausländerinnen mit einer Kurzaufenthalts- oder Aufenthaltsbewilligung nach den Artikeln 32 und 33 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2005[9] über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration (AIG), die mindestens drei Monate gültig ist;

AS **1995** 3867

1 SR **830.1**
2 SR **832.10**
3 SR **812.21**
4 SR **172.010**
5 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).
6 SR **210**
7 Ausdruck gemäss Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834). Diese Änd. wurde im ganzen Erlass berücksichtigt.
8 Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5627).
9 SR **142.20**. Der Titel wurde in Anwendung von Art. 12 Abs. 2 des Publikationsgesetzes vom 18. Juni 2004 (SR **170.512**) auf den 1. Jan. 2019 angepasst. Diese Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

b.[10] unselbstständig erwerbstätige Ausländer und Ausländerinnen, deren Kurzaufenthaltsbewilligung weniger als drei Monate gültig ist, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen;

c.[11] Personen, die ein Asylgesuch in der Schweiz nach Artikel 18 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998[12] (AsylG) gestellt haben, und Personen, welchen nach Artikel 66 des AsylG vorübergehender Schutz gewährt wurde, sowie Personen, für welche die vorläufige Aufnahme nach Artikel 83 AIG verfügt worden ist;

d.[13] Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen und nach dem in Artikel 95*a* Absatz 1 KVG genannten Abkommen vom 21. Juni 1999[14] zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen) sowie seinem Anhang II der schweizerischen Versicherung unterstellt sind;

e.[15] Personen, die in Island oder Norwegen wohnen und nach dem in Artikel 95*a* Absatz 2 KVG genannten Abkommen vom 21. Juni 2001[16] zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA-Abkommen), seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K der schweizerischen Versicherung unterstellt sind;

e[bis].[17] Personen, die in einem Staat wohnen, mit dem ein Abkommen über soziale Sicherheit besteht, und die aufgrund dieses Abkommens der schweizerischen Versicherung unterstellt sind;

f.[18] Personen mit einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen, die mindestens drei Monate gültig ist;

10 Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5627).
11 Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5627).
12 SR **142.31**
13 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).
14 SR **0.142.112.681**
15 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).
16 SR **0.632.31**
17 Eingefügt durch Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).
18 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

g.[19] Personen, die während längstens drei Monaten in der Schweiz erwerbstätig sind und nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen hierfür keine Aufenthaltsbewilligung benötigen, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.

Art. 2 Ausnahmen von der Versicherungspflicht

[1] Es unterstehen nicht der Versicherungspflicht:

a.[20] aktive und pensionierte Bundesbedienstete, die nach Artikel 1*a* Absatz 1 Buchstabe b Ziffern 1–7[21] und Artikel 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992[22] über die Militärversicherung (MVG) der Militärversicherung unterstellt sind;

b. Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten;

c.[23] Personen, die nach dem Freizügigkeitsabkommen[24] sowie seinem Anhang II, dem EFTA-Abkommen[25], seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K oder einem Abkommen über soziale Sicherheit wegen ihrer Erwerbstätigkeit in einem anderen Staat den Rechtsvorschriften dieses Staates unterstellt sind;

d.[26] Personen, die wegen des Bezugs einer Leistung einer ausländischen Arbeitslosenversicherung nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II oder dem EFTA-Abkommen, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K den Rechtsvorschriften eines anderen Staates unterstellt sind;

e.[27] Personen, die keinen Anspruch auf eine schweizerische Rente haben, aber:

1. nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II Anspruch auf eine Rente eines Mitgliedstaates der Europäischen Union haben,

19 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
20 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
21 Siehe: nach Art. 1*a* Abs. 1 Bst. b Ziff. 1-6
22 SR **833.1**
23 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS **2002** 1633). Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).
24 SR **0.142.112.681**
25 SR **0.632.31**
26 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
27 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS **2002** 1633). Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).

2. nach dem EFTA-Abkommen, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K Anspruch auf eine isländische oder norwegische Rente haben, oder
3. nach dem Abkommen vom 9. September 2021[28] zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland (Abkommen mit dem Vereinigten Königreich) Anspruch auf eine britische Rente haben;

f.[29] Personen, die als Familienangehörige einer unter den Buchstaben c, d oder e erwähnten Person in deren ausländischen Krankenversicherung mitversichert sind und entweder Anspruch auf Leistungsaushilfe haben oder für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen;

g.[30] Personen, die als Familienangehörige einer Person in deren ausländischen Krankenversicherung mitversichert sind und Anspruch auf Leistungsaushilfe haben.

2 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die nach dem Recht eines Staates, mit dem keine Regelung über die Abgrenzung der Versicherungspflicht besteht, obligatorisch krankenversichert sind, sofern der Einbezug in die schweizerische Versicherung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde und sie für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.[31]

3 …[32]

4 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die sich im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten, wie namentlich Studierende, Schüler und Schülerinnen, Praktikanten und Praktikantinnen sowie Stagiaires, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.[33] Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die zuständige kantonale Behörde kann die betreffende Person höchstens für drei Jahre von der Versicherungspflicht befreien. Auf Gesuch hin kann die Befreiung um höchstens drei weitere Jahre

28 SR **0.831.109.367.2**
29 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS **2002** 1633). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
30 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
31 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
32 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, mit Wirkung seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
33 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

verlängert werden. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.[34]

4bis ...[35]

5 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind in die Schweiz entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, welche gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit von der Beitragspflicht in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) befreit sind, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2, wenn der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin sich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz mindestens die Leistungen nach KVG versichert sind. Diese Regelung gilt sinngemäss auch für andere Personen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung durch eine Ausnahmebewilligung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz von der Beitragspflicht in der AHV/IV befreit sind. Die betreffende Person und der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin können die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung nicht widerrufen.[36]

6 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen, sofern sie nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II von der Versicherungspflicht befreit werden können und nachweisen, dass sie im Wohnstaat und während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union und in der Schweiz für den Krankheitsfall gedeckt sind.[37]

7 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die über eine Aufenthaltsbewilligung für Personen ohne Erwerbstätigkeit nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen verfügen, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.[38]

8 Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich auf Grund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes

34 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS **1996** 3139). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
35 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, mit Wirkung seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 4523). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende des Textes.
36 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
37 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
38 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern könnten. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.[39]

Art. 3 Grenzgänger und Grenzgängerinnen

[1] Nicht der Versicherungspflicht nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d–e[bis] unterstellte Grenzgänger und Grenzgängerinnen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben, sowie ihre Familienangehörigen, sofern diese im Ausland nicht eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben, werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.[40]

[2] Als Familienangehörige gelten Ehegatten sowie Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr und Kinder, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und in Ausbildung begriffen sind.

Art. 4 Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

[1] Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die ins Ausland entsandt werden, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 bleiben in der Schweiz versicherungspflichtig, wenn sie:

a. unmittelbar vor der Entsendung in der Schweiz versicherungspflichtig waren; und

b. für einen Arbeitgeber oder eine Arbeitgeberin mit Wohnsitz oder Sitz in der Schweiz tätig sind.

[2] Die Versicherungspflicht für die Familienangehörigen entfällt, wenn diese im Ausland eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben.

[3] Die Weiterdauer der Versicherungspflicht beträgt zwei Jahre. Die Versicherung wird vom Versicherer auf Gesuch hin bis auf insgesamt sechs Jahre verlängert.

[4] Für Personen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit als Entsandte gelten, entspricht die Weiterdauer der Versicherung der Dauer der Entsendung nach dieser Vereinbarung. Dies gilt auch für andere Personen, die gestützt auf eine solche Vereinbarung während eines vorübergehenden Auslandaufenthaltes der schweizerischen Gesetzgebung unterstellt sind.

39 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).

40 Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).

Art. 5 Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland

1 Folgende Personen und die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 sind versicherungspflichtig:

a. Bundesbedienstete des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA), die der Versetzungsdisziplin unterstellt sind;

b. Bundesbedienstete des EDA oder eines anderen Departements, die ausserhalb der Schweiz tätig sind;

c. Personen, die sich aufgrund ihrer Tätigkeit für eine andere schweizerische Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen Rechts im Ausland befinden.

2 Die Versicherungspflicht für die Familienangehörigen entfällt, wenn diese im Ausland eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben.

3 Das lokal angestellte Personal ist der obligatorischen Versicherung nicht unterstellt.

Art. 6[41] Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht

1 Personen nach Artikel 2 Absatz 2 Buchstaben a und c des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007[42], die Vorrechte, Immunitäten und Erleichterungen geniessen, sind mit Ausnahme der privaten Hausangestellten nicht versicherungspflichtig. Sie werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.

2 Die privaten Hausangestellten der in Absatz 1 genannten begünstigten Personen sind versicherungspflichtig, wenn sie nicht im Staate ihres Arbeitgebers oder ihrer Arbeitgeberin oder in einem Drittstaat versichert sind. Das EDA regelt die Anwendungsmodalitäten dieser Bestimmung.

3 Personen, die ihre Tätigkeit bei einem institutionellen Begünstigten nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a, b, i oder k des Gaststaatgesetzes eingestellt haben, werden auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht befreit, sofern ihr Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz gleichwertig ist. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen Stelle ihres früheren institutionellen Begünstigten mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder den Verzicht auf eine Befreiung nicht widerrufen.[43]

4 Personen, die mit einer Person nach Absatz 1 oder 3 bei der Krankenversicherung eines institutionellen Begünstigten nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a, b, i oder k des Gaststaatgesetzes versichert sind und die nicht selber Vorrechte oder Immunitäten geniessen, werden auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht befreit, sofern ihr Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz gleichwertig ist. Dem Gesuch

41 Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6657).
42 SR **192.12**
43 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).

ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen Stelle des institutionellen Begünstigten mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder den Verzicht auf eine Befreiung nicht widerrufen.[44]

2. Abschnitt: Beginn und Ende der Versicherung

Art. 6*a*[45] Angaben im Beitrittsformular

[1] Die Versicherer dürfen auf dem Beitrittsformular nur Angaben verlangen, die für den Beitritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder bei einem Wechsel des Versicherers erforderlich sind.

[2] Das Beitrittsformular darf keinerlei Angaben, Hinweise und Verbindungen zu den Versicherungen nach Artikel 12 Absatz 2[46] KVG und zur freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 67–77 KVG enthalten.

[3] Die Versicherer dürfen die Personendaten nur für die im KVG vorgesehenen Aufgaben bearbeiten.

Art. 7 Sonderfälle[47]

[1] Ausländer und Ausländerinnen mit einer Niederlassungsbewilligung oder einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und f sind verpflichtet, sich innert drei Monaten zu versichern, nachdem sie sich bei der für die Einwohnerkontrolle zuständigen Stelle angemeldet haben. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Anmeldung des Aufenthaltes. Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.[48]

[2] Ausländer und Ausländerinnen mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b müssen ab Einreise in die Schweiz versichert sein.[49]

[2bis] Personen ohne Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe g müssen ab Aufnahme der Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert sein. Auch bei einem verspäteten Beitritt beginnt die Versicherung am Tag, an dem die Erwerbstätigkeit aufgenommen worden ist.[50]

44 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
45 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
46 [AS **1995** 1328. AS **2015** 5137 Anhang Ziff. 2]. Siehe seit dem 1. Jan. 2016: Art. 2 Abs. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014 (SR **832.12**).
47 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
48 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
49 Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 5627).
50 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).

3 Bei den in den Absätzen 1 und 2 bezeichneten Personen endet die Versicherung am Tag des bei der für die Einwohnerkontrolle zuständigen Stelle gemeldeten Wegzugs aus der Schweiz, in jedem Fall am Tag der tatsächlichen Ausreise aus der Schweiz, oder mit dem Tod der Versicherten.

3bis Bei den im Absatz 2bis bezeichneten Personen endet die Versicherung am Tag der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, spätestens aber am Tag der tatsächlichen Ausreise aus der Schweiz, oder mit dem Tod der Versicherten.[51]

4 Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie ihre Familienangehörigen, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 3 Abs. 1), müssen sich innert drei Monaten nach Beginn der Gültigkeit der Grenzgängerbewilligung versichern. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beginns der Gültigkeit der Bewilligung. Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.[52] Die Versicherung endet mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, mit dem Ablauf oder dem Widerruf der Grenzgängerbewilligung, mit dem Tod der Versicherten oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische Versicherung. Im letzteren Fall darf ohne besonderen Grund kein neues Gesuch gestellt werden.

5 Asylsuchende sowie Schutzbedürftige sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Zuweisung an die Kantone nach Artikel 27 AsylG[53] zu versichern. Vorläufig Aufgenommene sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Verfügung der vorläufigen Aufnahme zu versichern. Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Einreichung des Asylgesuchs oder der Anordnung der vorläufigen Aufnahme oder der Gewährung vorübergehenden Schutzes. Sie endet am Tag, an dem diese Personen die Schweiz nachgewiesenermassen verlassen haben oder mit ihrem Tod.[54]

6 Die mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigten Personen, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 6 Abs. 1), haben sich innert sechs Monaten nach Erhalt der Legitimationskarte des EDA zu versichern. Die Versicherung beginnt am Tag, an dem sie diese Karte erhalten haben. Sie endet mit der Aufgabe der amtlichen Tätigkeit in der Schweiz, mit dem Tod der Versicherten oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische obligatorische Versicherung. Im letzteren Fall darf ohne besonderen Grund kein neues Gesuch gestellt werden.[55]

7 Aktive und pensionierte Bundesbedienstete nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a, die aus der Militärversicherung ausscheiden, müssen sich innert drei Monaten nach Ausscheiden aus der Militärversicherung bei einem Versicherer nach Artikel 11[56] KVG

51 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
52 Fassung des ersten bis dritten Satzes gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
53 SR **142.31**
54 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).
55 Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6657).
56 Siehe seit dem 1. Jan. 2016: Art. 2 und 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014 (SR **832.12**).

für Krankenpflege versichern. Bei rechtzeitigem Versicherungsbeitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Militärversicherung.

[8] Versicherungspflichtige Personen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d–e[bis] sind verpflichtet, sich innert drei Monaten nach Entstehung der Versicherungspflicht in der Schweiz zu versichern. Versichern sie sich innert dieser Frist, so beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Unterstellung unter die schweizerische Versicherung. Versichern sie sich später, so beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Die Versicherung endet, wenn diese Personen die Voraussetzungen für eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung nach dem Freizügigkeitsabkommen[57] und dessen Anhang II, nach dem EFTA-Abkommen[58] und dessen Anhang K und dessen Anlage 2 zu Anhang K oder nach anderen internationalen Abkommen nicht mehr erfüllen.[59]

Art. 7*a*[60] Fortdauer des Versicherungsschutzes für nicht mehr unterstellte Personen

Die Versicherer können Personen, die nach Artikel 1 Absätze 1 und 2 Buchstaben a und c und den Artikeln 3–6 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt waren, auf vertraglicher Basis eine Fortdauer des Versicherungsschutzes anbieten. Der Vertrag kann beim gleichen oder bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden. Die Finanzierung von Leistungen, die denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen, richtet sich nach den Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsverhältnisse unterliegen dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908[61] (VVG).

Art. 7*b*[62] Fortdauer der Versicherungspflicht

Die Versicherer informieren die Versicherten nach Artikel 6*a* Absatz 1 KVG schriftlich über eine Fortdauer der Versicherungspflicht.

Art. 8 Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt

[1] Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Artikel 5 Absatz 2 KVG entspricht der doppelten Dauer der Verspätung, höchstens jedoch fünf Jahren.[63] Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie. Der Versicherer

57 SR **0.142.112.681**
58 SR **0.632.31**
59 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).
60 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS **1996** 3139). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).
61 SR **221.229.1**
62 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
63 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).

setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage der Versicherten fest. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für die Versicherten zur Folge, setzt der Versicherer einen Zuschlag von weniger als 30 Prozent fest und trägt dabei der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessen Rechnung.

2 Wenn eine Sozialhilfebehörde für die Prämien aufkommt, wird kein Prämienzuschlag erhoben.

3 Wechselt die versicherte Person den Versicherer, hat der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer den Prämienzuschlag im Rahmen der Mitteilung gemäss Artikel 7 Absatz 5 KVG anzugeben. Ein einmal festgelegter Prämienzuschlag bleibt auch für spätere Versicherer verbindlich.[64]

Art. 9[65] Beendigung des Versicherungsverhältnisses

1 Kommen Versicherte, auf welche die schweizerische Gesetzgebung über die Sozialhilfe nicht anwendbar ist, ihrer Zahlungsverpflichtung nicht nach, und kann das Vollstreckungsverfahren nicht durchgeführt werden oder hat es keine Zahlung der Prämien oder keine Kostenbeteiligung zur Folge, so kann der Versicherer nach schriftlicher Mahnung und Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzuges das Versicherungsverhältnis beenden.

2 Erfahren Versicherer, dass eine versicherte Person gleichzeitig bei einem oder mehreren anderen Versicherern versichert ist, insbesondere über eine Meldung der gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 10 Absatz 3 der Verordnung vom 19. Oktober 2016[66] über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, so verfügen sie nach Anhörung dieser Person die Beendigung der Versicherungsverhältnisse, die nicht den Bestimmungen des KVG entsprechen.[67]

3. Abschnitt: Aufgaben der Kantone

Art. 10

1 Die Kantone informieren periodisch die Bevölkerung über die Versicherungspflicht. Sie achten insbesondere darauf, dass Personen, die aus dem Ausland zuziehen, sowie Eltern von Neugeborenen rechtzeitig informiert werden.

1bis Mit der Information über die Versicherungspflicht von Kurzaufenthaltern und -aufenthalterinnen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen sowie von Niedergelassenen gelten auch deren Familienangehörige als informiert, die in einem Mitgliedstaat

64 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).
65 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
66 SR **832.112.1**
67 Eingefügt durch Ziff. II der V vom 11. Sept. 2020, in Kraft seit 1. Jan. 2021 (AS **2020** 3917).

der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich[68] wohnen.[69]

2 Die zuständige kantonale Behörde entscheidet über die in den Artikeln 2 Absätze 2–5 und 6 Absatz 3 vorgesehenen Gesuche.[70]

3 Die rentenauszahlenden Sozialversicherer und die Organe der Arbeitslosenversicherung unterstützen die Kantone bei der Information über die Versicherungspflicht von Personen nach Artikel 6*a* Absatz 1 Buchstaben b und c KVG.[71]

2. Kapitel: Sistierung der Versicherungspflicht und der Unfalldeckung[72]

Art. 10*a*[73] Sistierung der Versicherungspflicht

1 Die Sistierung der Versicherungspflicht nach Artikel 3 Absatz 4 KVG beginnt am Tag, an dem die versicherte Person dem MVG[74] unterstellt wird.

2 Die versicherte Person ist ab Beginn der Unterstellung unter die Militärversicherung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn ihrem Versicherer meldet. Hält sie diese Frist nicht ein, so erhebt der Versicherer ab dem nächsten ihm möglichen Termin, spätestens aber acht Wochen nach der Meldung keine Prämie mehr.

3 Die für den Militärdienst zuständige Stelle stellt sicher, dass die versicherte Person ihrem Versicherer nach Dienstantritt die voraussichtliche Dauer der Unterstellung und später allenfalls deren vorzeitige Beendigung meldet.

4 Die für den Zivildienst zuständige Stelle stellt sicher, dass die versicherte Person ihrem Versicherer jede nachträgliche Änderung der Dauer der Unterstellung meldet.

5 Falls trotz der Sistierung Prämien bezahlt werden, rechnet sie der Versicherer an später fällige Prämien an oder erstattet sie zurück.

6 Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kann den Versicherern für die Prämienberechnung Weisungen erteilen.

68 Ausdruck gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658). Diese Änd. wurde im ganzen Erlass berücksichtigt.

69 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

70 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

71 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).

72 Ursprünglich vor Art. 11. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

73 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS **2001** 138). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 1. Mai 2006 (AS **2006** 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

74 SR **833.1**

[7] Der Versicherer muss den für die Prämienverbilligung zuständigen kantonalen Behörden diejenigen Personen melden, deren Versicherungspflicht sistiert worden ist, und sie über die tatsächliche Dauer der Sistierung informieren.

Art. 11 Sistierung der Unfalldeckung[75]

[1] Die Sistierung der Unfalldeckung nach Artikel 8 KVG erfolgt auf schriftlichen Antrag der Versicherten und beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.

[2] Der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung haben die Versicherten vor Ende des Arbeitsverhältnisses, des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung oder der Nichtberufsunfalldeckung schriftlich darüber zu informieren, dass sie den Krankenversicherer vom Erlöschen der Unfalldeckung in Kenntnis setzen müssen. Die Versicherten haben den Krankenversicherer innerhalb eines Monats nach der Information durch den Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung in Kenntnis zu setzen.

2. Titel: Organisation

1. Kapitel: …

Art. 12–15[76]

Art. 15*a*[77]

2. Kapitel: …

Art. 16–18[78]

75 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).
76 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
77 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
78 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

3. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung

Art. 19[79] Erfüllung internationaler Verpflichtungen

[1] Die gemeinsame Einrichtung nimmt die sich aus Artikel 95*a* KVG ergebenden Aufgaben als Verbindungsstelle wahr. Sie erfüllt auch die Aufgaben als aushelfender Träger am Wohn- oder am Aufenthaltsort der Versicherten, für die aufgrund von Artikel 95*a* KVG Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe besteht. Sie ist ausserdem zuständig für die Durchführung der Leistungsaushilfe und die Aufgaben als Verbindungsstelle aufgrund anderer internationaler Vereinbarungen.[80]

[2] Die gemeinsame Einrichtung übernimmt überdies Koordinationsaufgaben zur Erfüllung der sich aus Artikel 95*a* KVG oder internationaler Vereinbarungen ergebenden Verpflichtungen. Namentlich erfüllt sie folgende Aufgaben:[81]

a. Sie ermittelt aufgrund der anerkannten Kostenstatistiken des zuständigen Organs der Europäischen Union (Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit) oder der Statistiken des betreffenden Staates die Ansätze je Person, die die Versicherer der Prämienberechnung für die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnhaften Versicherten zu Grunde zu legen haben.

b.[82] Sie erstellt bis zum 31. Mai einen Bericht zu Handen des BAG über die durchgeführte Leistungsaushilfe unter Angabe der Zahl der Fälle, der Gesamtkosten und der ausstehenden Rückzahlungen; die Daten sind nach den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, nach Island, nach Norwegen, nach dem Vereinigten Königreich und nach den schweizerischen Versicherern zu differenzieren.[83]

[3] Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Kosten der Aufgaben, welche die gemeinsame Einrichtung als aushelfender Träger erfüllt, sowie die Kosten der Berichterstattung gemäss Absatz 2 Buchstabe b. Der Bund trägt die durch die Vorfinanzierung der Leis-

79 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
80 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
81 Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).
82 Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).
83 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

tungsaushilfe entstehenden Zinskosten, die Kosten der Aufgaben, welche die gemeinsame Einrichtung als Verbindungsstelle erfüllt, sowie die Kosten für die Ermittlungen gemäss Absatz 2 Buchstabe a.[84]

4 Haben Versicherer und Leistungserbringer gemäss Artikel 42 Absatz 2 KVG vertraglich vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet, so wird die gemeinsame Einrichtung bei der Durchführung der Leistungsaushilfe den vertragsschliessenden Versicherern gleichgestellt.

Art. 19*a*[85] Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone

1 Nach der Einreichung der Forderungen der Versicherer nach Artikel 36*b* Absatz 2 zweiter Satz berechnet die gemeinsame Einrichtung, wie viel jeder Kanton vom kantonalen Anteil gemäss Artikel 49*a* Absatz 3bis zweiter Satz KVG zu übernehmen hat, und fordert den ermittelten Betrag bei jedem Kanton ein. Für die Ermittlung der Wohnbevölkerung der Kantone sind die Zahlen der letzten Erhebung der Bevölkerungsstatistik des Bundesamtes für Statistik über die mittlere ständige Wohnbevölkerung massgebend.

2 Nach dem Eingang der Zahlungen durch die Kantone begleicht die gemeinsame Einrichtung die Forderungen der Versicherer.

3 Die Kantone tragen im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung die Kosten der Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung nach diesem Artikel.

4 Der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung erlässt ein Reglement zur einheitlichen Umsetzung der Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone. Vor der Beschlussfassung konsultiert er die Kantone und die Versicherer.

Art. 19*b*[86]

Art. 20 und **21**[87]

84 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

85 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 28. Sept. 1998 (AS **1998** 2634). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6723).

86 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

87 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

Art. 22[88] Streitigkeiten

[1] Bei Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherer ist Artikel 87 KVG anwendbar. Vorbehalten bleiben Absatz 3 und Artikel 27 der Verordnung vom 19. Oktober 2016[89] über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung.[90]

[2] Bei Streitigkeiten der gemeinsamen Einrichtung mit einem Leistungserbringer gilt Artikel 89 KVG.

[3] Die gemeinsame Einrichtung entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Versicherer in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968[91] über das Verwaltungsverfahren (VwVG) über:[92]

a. die Umverteilung von Reserven nach Artikel 43 Absatz 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014[93] (KVAG);

b. die Beiträge der Versicherer zur Finanzierung des Insolvenzfonds nach Artikel 48 Buchstabe a KVAG;

c. Auszahlungen aus dem Insolvenzfonds nach Artikel 51 Absatz 1 KVAG;

d.[94] die Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone nach Artikel 19*a*.[95]

[3bis] Sie entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Kanton in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 VwVG über die Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone nach Artikel 19*a*.[96]

[4] Der Rechtsmittelweg richtet sich nach den allgemeinen Bestimmungen der Bundesrechtspflege.[97]

88 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
89 SR **832.112.1**
90 Fassung gemäss Art. 31 der V vom 19. Okt. 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2016** 4059).
91 SR **172.021**
92 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6723).
93 SR **832.12**
94 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6723).
95 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075). Fassung gemäss Art. 31 der V vom 19. Okt. 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2016** 4059).
96 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6723).
97 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

4. Kapitel: Förderung der Gesundheit

Art. 23

[1] Für die Aufsicht über die Institution nach Artikel 19 Absatz 2 KVG sind die Artikel 45 und 46 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014[98] (KVAG) sinngemäss anwendbar.[99]

[2] Zusammen mit den im Rahmen der Aufsicht vorzulegenden Unterlagen stellt die Institution dem BAG ihren Antrag für den Beitrag (Art. 20 Abs. 1 KVG) des Folgejahres zu. Dem Antrag sind ein Tätigkeitsprogramm und ein Budget beizulegen.

[3] Der Geschäftsbericht ist zu veröffentlichen.[100]

5. Kapitel: Aufsicht

1. Abschnitt: …

Art. 24–26[101]

2. Abschnitt: Beschwerde durch das BAG

Art. 27[102]

[1] Die Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte (Art. 57 ATSG und 87 KVG), der kantonalen Schiedsgerichte (Art. 89 KVG) und des Bundesverwaltungsgerichts bezüglich der sozialen Krankenversicherung sind dem BAG zu eröffnen.

[2] Das BAG ist berechtigt, gegen Entscheide nach Absatz 1 Beschwerde beim Bundesgericht zu erheben.

98 SR **832.12**
99 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
100 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
101 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
102 Fassung gemäss Ziff. II 95 der V vom 8. Nov. 2006 über die Anpassung von Bundesratsverordnungen an die Totalrevision der Bundesrechtspflege, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 4705).

3. Abschnitt: Daten[103]

Art. 28[104] Daten der Versicherer

[1] Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:[105]

a. soziodemografische Angaben:
   1. Verbindungscode,
   2. Alter, Geschlecht und Wohnort,
   3. Risikogruppe nach Artikel 11 der Verordnung vom 19. Oktober 2016[106] über den Risikoausgleich (VORA) und Einteilung der versicherten Person in eine pharmazeutische Kostengruppe nach Artikel 12 VORA;

b. Angaben zur Versicherungsdeckung:
   1. Beginn und Ende der Deckungsperiode,
   2. Prämieneigenschaften, wie örtlicher Tätigkeitsbereich des Versicherers, Prämienregion, Kategorie der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101, Versicherungsform, Modellbezeichnung und dessen Abkürzung, Zugehörigkeit der versicherten Person zu einem Haushalt mit mehreren Kindern oder jungen Erwachsenen, Prämienstufe in der Bonusversicherung, Höhe der Franchise und Unfalldeckung,
   3. Höhe der Prämie, mit und ohne Beitrag des Kantons, Prämienzuschlag nach Artikel 8, Prämienermässigungen und andere Abschläge,
   4. Angabe, ob die Versicherungsdeckung nach Artikel 3 Absatz 4 KVG sistiert ist oder nicht,
   5. Angabe, ob die versicherte Person dem Risikoausgleich unterstellt ist oder nicht,
   6. Mutationsgründe bezogen auf die Versicherungsdeckung, wie Eintritt und Austritt, Geburt, Tod, Versichererwechsel und interner Wechsel,
   7. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen und Kostenbeteiligung,
   8. für Versicherte mit einem Austritt in einem der Vorjahre: Austrittsdatum;

c. Angaben der Abrechnungsbelege zu den Deckungsperioden nach Buchstabe b:
   1. Belegnummer in pseudonymisierter Form,
   2. Datum der Abrechnung,
   3. Beginn und Ende der Behandlung,
   4. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen und Kostenbeteiligung,

103 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).
104 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).
105 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).
106 SR **832.112.1**

5. Angaben zum Leistungserbringer, wie Zahlstellenregisternummer oder Identifikationsnummer (Global Location Number, GLN),
6. Leistungsbereich, wie Krankheit, Prävention, Geburtsgebrechen, Unfall und Mutterschaft,
7. Art der Leistung, wie Behandlungsart, Tariftyp und Kostenart,
8. Höhe des in Rechnung gestellten Betrags, des vergüteten Betrags, des Franchisenanteils und des Selbstbehalts,
9. bei stationären Leistungen: Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts und Aufenthaltsdauer,
10. bei ambulanten Leistungen: Anzahl Konsultationen.

1bis Im Zusammenhang mit einer Vergütung nach den Artikeln 71*a*–71*c* müssen sie dem BAG jährlich pro versicherte Person weitergeben:

a. das Eingangsdatum des Gesuchs um Kostengutsprache;
b. die Indikation des Arzneimittels;
c. den Namen des Arzneimittels;
d. den Namen der Zulassungsinhaberin;
e. die Nutzenkategorie;
f. den Leistungsentscheid;
g. das Datum des Leistungsentscheids;
h. bei positivem Leistungsentscheid die Höhe der Vergütung.[107]

2 Sie müssen dem BAG alle Daten, die sie aggregiert oder pro versicherte Person weitergeben müssen, elektronisch zur Verfügung stellen. Das BAG kann sie bei Erhebungsanpassungen auf Gesuch hin davon für eine befristete Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.

3 Die Versicherer müssen dem BAG die Daten nach Absatz 2 korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten liefern.

4 Sie müssen dem BAG auf eigene Kosten regelmässig die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters weitergeben.

5 Das BAG sorgt dafür, dass den Versicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht.

6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben, die sich auf das KVG stützen, darf es die Daten verknüpfen, wenn die Anonymität der Versicherten im Sinne von Artikel 21 Absatz 3 KVG gewahrt ist.[108]

107 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft vom 1. Jan. 2024 bis zum 31. Dez. 2026 (AS **2023** 570).
108 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).

7 Das BAG erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1–4 zu treffenden Vorkehren.

8 Die Datenverwendung im Sinne von Artikel 21 Absatz 3 KVG umfasst jede Form der Datenbearbeitung im Sinne des Datenschutzrechts des Bundes, einschliesslich der Datenbekanntgabe.

9 Das BAG stellt die Resultate der mit den Daten nach Absatz 2 durchgeführten Erhebungen den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen zur Verfügung; davon ausgenommen sind die Resultate der mit den Daten nach Absatz 1bis durchgeführten Erhebungen. Es stellt sicher, dass die Anonymität der Versicherten gewährleistet bleibt.[109]

Art. 28*a*[110]

Art. 28*b*[111] Veröffentlichung der Daten der Versicherer

1 Das BAG veröffentlicht die Daten nach Artikel 28 unter Wahrung der Anonymität der Versicherten und stellt diese auf einem Portal des Bundes zur Datenveröffentlichung elektronisch zur Verfügung.

2 Es sorgt dafür:

a. dass namentlich Angaben über die Versicherungsform, die Versicherungsleistungen und die Kosten, gesondert nach Alter, Geschlecht und Region sowie nach Kategorien von Leistungserbringern, Betrieben und Pflegeleistungen, ersichtlich sind;

b. dass Daten pro versicherte Person keinen Rückschluss auf die Versicherer ermöglichen.

3 Das BAG veröffentlicht je Versicherer namentlich folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung:

a. Einnahmen und Ausgaben;

b. Ergebnis je versicherte Person;

c. Reserven;

d. Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle;

e. Krankenpflegekosten;

f. Risikoausgleich;

g. Verwaltungskosten;

h. Versichertenbestand;

109 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft vom 1. Jan. 2024 bis zum 31. Dez. 2026 (AS **2023** 570).

110 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008 (AS **2008** 5097). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

111 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008 (AS **2008** 5097). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).

i. Prämien;

j. Bilanz und Betriebsrechnung.

Art. 28*c*[112] Gesuch für besondere Nutzung

[1] Wer für eine besondere Nutzung zusätzlich zu den nach Artikel 28*b* veröffentlichten Daten weitere Daten benötigt oder die Daten in einer anderen Form benötigt, kann ein Gesuch beim BAG stellen.

[2] Das BAG prüft das Gesuch unter Berücksichtigung des Datenschutzrechts. Es führt eine individuelle und materielle Einzelfallprüfung durch und bestimmt insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Re-Identifikationsrisikos der versicherten Person, ob Daten weitergegeben werden dürfen. Sofern dies zutrifft, prüft es, welche Daten in welchem Detaillierungsgrad, pro versicherte Person oder aggregiert weitergegeben werden dürfen. Es stellt sicher, dass das Geschäftsgeheimnis gewahrt bleibt und kann die Weitergabe der Daten vom Abschluss eines Datenschutzvertrags abhängig machen.[113]

[3] Es kann nach einer individuellen und materiellen Einzelfallprüfung Daten, die nach Artikel 28 Absatz 1 erhoben wurden, den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen regelmässig zur Verfügung stellen, sofern es sicherstellt, dass die Anonymität der Versicherten gewährleistet bleibt und die Daten für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem KVG erforderlich sind. Es kann die Weitergabe der Daten vom Abschluss eines Datenschutzvertrags abhängig machen.

[4] Es veröffentlicht die Namen der Empfänger der Daten nach den Absätzen 2 und 3 regelmässig.

[5] Es gibt die Daten nach Massgabe seiner technischen, organisatorischen und personellen Möglichkeiten weiter.

[6] Es kann für die Bearbeitung des Gesuches eine Gebühr erheben. Diese wird nach Zeitaufwand bemessen, darf aber 10 000 Franken nicht überschreiten. Der Stundenansatz beträgt je nach erforderlicher Sachkenntnis und Funktionsstufe des ausführenden Personals 90–200 Franken. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004[114].

Art. 29[115] Durchschnittlicher Versichertenbestand

Der Versicherer zählt für die zu meldenden durchschnittlichen Versichertenbestände die Versicherungstage des betreffenden Jahres aller versicherten Personen zusammen und teilt diese Summe durch die Anzahl Tage dieses Jahres.

112 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).
113 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).
114 SR **172.041.1**
115 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).

Art. 30[116] Daten der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer geben dem Bundesamt für Statistik (BFS) folgende Daten nach Artikel 59*a* Absatz 1 KVG, soweit diese für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität ihrer Leistungen nach dem KVG erforderlich sind, bekannt:

a. Betriebsdaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. a KVG), namentlich:
   1. Betriebstyp und Leistungsangebot,
   2. Standorte,
   3. medizinisch-technische Infrastruktur,
   4. Rechtsform und Art des öffentlichen Beitrags;

b. Personaldaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. b KVG), namentlich:
   1. Personalbestand,
   2. Aus- und Weiterbildungsangebot,
   3. Angaben zu Beschäftigungsvolumen und Funktion sowie soziodemografische Merkmale,
   4. Angaben zum Personal in Aus- und Weiterbildung;

c. Patientendaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. c KVG), namentlich:
   1. ambulanter Patientenkontakt, Ein- und Austritte, Pflegetage und Bettenbelegung,
   2. Diagnosen, Morbiditätsgrad, Art des Ein- und Austritts, Pflegebedarf und soziodemografische Merkmale;

d. Leistungsdaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. d KVG), namentlich:
   1. Leistungstyp, Untersuchungen und Behandlungen,
   2. Leistungsvolumen;

e. Kostendaten für stationäre Leistungen (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. d KVG), namentlich Gestehungskosten und Erlöse pro Fall;

f. Finanzdaten (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. e KVG), namentlich:
   1. Betriebsaufwand aus Finanz-, Lohn- und Anlagebuchhaltung,
   2. Betriebsertrag aus Finanzbuchhaltung,
   3. Betriebsergebnis aus Finanzbuchhaltung;

g. medizinische Qualitätsindikatoren (Art. 59*a* Abs. 1 Bst. f KVG), namentlich Angaben, deren Analyse Rückschlüsse erlauben, inwieweit medizinische Leistungen wirksam, effizient, angemessen, sicher, patientenzentriert, rechtzeitig und chancengleich erbracht werden.

116 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).

Art. 30*a*[117] Erhebung und Bearbeitung der Daten der Leistungserbringer

[1] Die Leistungserbringer haben die Daten gemäss den entsprechenden Variablen nach dem in Artikel 30*c* vorgeschriebenen Bearbeitungsreglement korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten zu liefern.[118]

[2] Sie müssen dem BFS die Daten in verschlüsselter Form elektronisch übermitteln.

[3] Die Leistungserbringer und das BFS können die Daten einer formellen Vorkontrolle unterziehen, namentlich bezüglich Lesbarkeit, Vollständigkeit und Plausibilität.

[4] Stellt das BFS Mängel in der Datenlieferung fest, so setzt es dem Leistungserbringer eine Nachfrist zur Lieferung korrekter und vollständiger Daten. Nach Ablauf der Frist bereitet das BFS die Daten ohne weitere Überprüfung und mit einem entsprechenden Vermerk für die Weitergabe an die Datenempfänger nach Artikel 30*b* vor.

[5] Es bestimmt die Periodizitäten und die Fristen der Datenweitergabe im Einvernehmen mit dem BAG.

[6] Es kann die erhobenen Daten im Rahmen der Gesetzgebung über die Bundesstatistik zu statistischen Zwecken in anonymisierter oder pseudonymisierter Form weiterverwenden.

[7] Es kann zur Gewinnung von Qualitätsindikatoren Daten nach Artikel 30 mit anderen Datenquellen verknüpfen. Das 2. Kapitel 6. Abschnitt der Bundesstatistikverordnung vom 30. April 2025[119] ist mit Ausnahme der Bestimmungen über die Verknüpfung von Daten im Auftrag Dritter sinngemäss anwendbar.[120]

Art. 30*b*[121] Weitergabe der Daten der Leistungserbringer

[1] Das BFS gibt folgenden Datenempfängern folgende Daten weiter:

a.[122] dem BAG: die Daten nach Artikel 30, sofern sie erforderlich sind zur Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG), zur Festlegung der Kriterien und der methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55*a* Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59*a* Abs. 3 KVG);

117 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).
118 Fassung gemäss Anhang 3 Ziff. 17 der Bundesstatistikverordnung vom 30. April 2025, in Kraft seit 1. Juni 2025 (AS **2025** 318).
119 SR **431.011**
120 Fassung gemäss Anhang 3 Ziff. 17 der Bundesstatistikverordnung vom 30. April 2025, in Kraft seit 1. Juni 2025 (AS **2025** 318).
121 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).
122 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

abis.[123] der Eidgenössischen Qualitätskommission: die zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 58*c* KVG erforderlichen Daten;

b. den zuständigen Behörden der Kantone:
   1. die Daten nach Artikel 30, sofern diese für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (Art. 39 KVG) erforderlich sind,
   2. die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, d und e, sofern diese für die Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG) erforderlich sind,
   3.[124] die Daten nach Artikel 30, sofern sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind (Art. 55*a* KVG),
   4.[125] die Daten nach Artikel 30, sofern sie für die Festlegung der Pflegekosten notwendig sind (Art. 55*b* KVG);

c. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, erforderlich sind;

d. dem Preisüberwacher: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Prüfung von Preisen und Tarifen im Gesundheitswesen im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985[126] erforderlich sind.

2 Es stellt die Anonymität des Personals nach Artikel 30 Buchstabe b und der Patientinnen und Patienten nach Artikel 30 Buchstabe c bei der Weitergabe der personenbezogenen Daten sicher.

3 Die Daten nach Artikel 30 werden grundsätzlich auf Betriebsebene aggregiert weitergegeben. Daten nach Artikel 30 Buchstaben b–e und g werden folgenden Empfängern als Einzeldaten weitergegeben:

a. dem BAG;

b. den zuständigen Behörden der Kantone für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime.

Art. 30*c*[127] Bearbeitungsreglement

Das BFS erstellt in Zusammenarbeit mit dem BAG für die Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe von Daten nach Artikel 59*a* KVG ein Bearbeitungsreglement im Sinne von Artikel 6 der Datenschutzverordnung vom 31. August 2022[128] (DSV).[129] Im Bearbeitungsreglement werden nach Anhörung der betroffenen Kreise die Variablen im

123 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
124 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
125 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2024, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 220).
126 SR **942.20**
127 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).
128 SR **235.11**
129 Fassung des ersten Satzes gemäss Anhang 2 Ziff. II 119 der Datenschutzverordnung vom 31. Aug. 2022, in Kraft seit 1. Sept. 2023 (AS **2022** 568).

Sinne von Artikel 30*a* Absatz 1, welche die Leistungserbringer zu liefern haben, festgehalten.

Art. 31[130] Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer

[1] Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der vom BFS gestützt auf Artikel 59*a* KVG und vom BAG nach Artikel 51 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006[131] erhobenen Daten so, dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind:

a. Leistungsangebot der Leistungserbringer;

b. Diplome und Weiterbildungstitel der Leistungserbringer;

c. medizinische Qualitätsindikatoren;

d. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;

e. Kostenentwicklung.

[2] Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der weitergebenen Daten zu den Spitälern und anderen Einrichtungen nach Artikel 39 KVG sowie zu den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach Artikel 51 dieser Verordnung auf Stufe der einzelnen Einrichtung mit deren Namen und Standort. Bei den übrigen Leistungserbringern werden die Daten nach Gruppen von Leistungserbringern veröffentlicht. Personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten und des Personals werden nicht veröffentlicht.

Art. 31*a*[132] Sicherheit und Aufbewahrung der Daten

Soweit die Aufbewahrung, die Löschung und die Vernichtung der Daten nicht anderweitig geregelt sind, müssen die Behörden, an die Daten nach Artikel 59*a* KVG weitergeben wurden, folgende Grundsätze einhalten:

a. Sie müssen die Daten durch die erforderlichen organisatorischen und technischen Massnahmen gegen unbefugtes Bearbeiten schützen.

b. Sie müssen die Daten löschen, sobald diese zur Erreichung des Zwecks, zu dem sie weitergeben wurden, nicht mehr benötigt werden.

c. Sie müssen die Daten spätestens fünf Jahre nach deren Erhalt vernichten, sofern die Daten nicht archiviert werden müssen.

130 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).
131 SR **811.11**
132 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS **2016** 2689).

Art. 32 Wirkungsanalyse

[1] Das BAG führt in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des KVG durch.

[2] Diese Untersuchungen haben den Einfluss des KVG auf die Situation und das Verhalten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zum Gegenstand. Insbesondere ist zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des KVG erreicht werden.

[3] Das BAG kann für die Durchführung der Untersuchungen wissenschaftliche Institute beiziehen und Expertengruppen einsetzen.

3. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

Art. 33 Allgemeine Leistungen

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission:[133]

a. die von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;

b.[134] die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 25*a* Absätze 1 und 2 KVG;

c. die neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befinden; es bestimmt die Voraussetzungen und den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung;

d. die medizinischen Präventionsmassnahmen nach Artikel 26 KVG, die Leistungen bei Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben a und c KVG und die zahnärztlichen Behandlungen nach Artikel 31 Absatz 1 KVG;

e. die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 KVG; es setzt Höchstbeträge für ihre Vergütung fest;

133 Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

134 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3525 6847 Ziff. II 2).

f. den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe c KVG vorgesehenen Beitrag an die Kosten von Badekuren; dieser Beitrag dient der Deckung von Kosten bei Badekuren, die nicht durch andere Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind; er kann während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet werden;

g. den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe g KVG vorgesehenen Beitrag an die Transport- und Rettungskosten; die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes sind Teil der stationären Behandlung;

h.[135] das Verfahren der Bedarfsermittlung;

i.[136] den in Artikel 25*a* Absätze 1 und 4 KVG vorgesehenen und nach Pflegebedarf differenzierten Beitrag an die Pflegeleistungen.

Art. 34 Analysen und Arzneimittel

Die Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 (Analysenliste) und 2 (Arzneimittelliste) sowie Buchstabe b (Spezialitätenliste) des KVG werden nach Anhören der zuständigen Kommission erstellt.

Art. 35[137] Geburtsgebrechen

Das EDI sorgt dafür, dass die bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze von der Invalidenversicherung für Geburtsgebrechen erbrachten medizinischen Massnahmen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Massgabe der Voraussetzungen der Artikel 32–34 und 43–52*a* KVG vergütet werden.

Art. 35*a*[138] Komplementärmedizin

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärmedizinischer Leistungen stehen insbesondere folgende Kriterien im Vordergrund:

a. die Anwendungs- und Forschungstradition der Fachrichtung, in der die Leistungen erbracht werden;

b. das Basieren der Leistungen auf wissenschaftlicher Evidenz und ärztlicher Erfahrung;

c. die Vermittlung der für das Erbringen der Leistungen notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in einer spezifischen ergänzenden Weiterbildung.

135 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3525 6847 Ziff. II 2).
136 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3525 6847 Ziff. II 2).
137 Fassung gemäss Anhang Ziff. 4 der V vom 3. Nov. 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 706).
138 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 16. Juni 2017, in Kraft seit 1. Aug. 2017 (AS **2017** 3687).

2. Kapitel: Umfang der Kostenübernahme

Art. 36 Leistungen im Ausland

1 Das EDI bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission die Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 29 KVG, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können.

2 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

3 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt im Rahmen von Artikel 29 KVG die Kosten einer Entbindung, die im Ausland stattgefunden hat, weil nur so das Kind die Staatsangehörigkeit der Mutter oder des Vaters erwerben konnte oder weil das Kind, in der Schweiz geboren, staatenlos wäre.

4 Für Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 und für die Behandlung im Ausland von Grenzgängern und Grenzgängerinnen, entsandten Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen und Personen im öffentlichen Dienst sowie ihren Familienangehörigen (Art. 3–5) wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden, in den Fällen von Absatz 3 höchstens der einfache Betrag. Für Versicherte nach den Artikeln 4 und 5 richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen an ihrem letzten Wohnort in der Schweiz. Sofern die Behandlung für Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d–e^{bis} nicht nach den Regeln über die internationale Leistungsaushilfe erfolgt, richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen an ihrem letzten Wohn- oder Arbeitsort in der Schweiz; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen des Kantons, in dem der Versicherer seinen Sitz hat.[139]

5 Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe.[140]

Art. 36*a*[141] Kostenübernahme bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit

1 Das BAG kann Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bewilligen, die eine Kostenübernahme durch Versicherer für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden.

139 Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).

140 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).

141 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).

2 Das Bewilligungsgesuch muss von einem oder mehreren Grenzkantonen und von einem oder mehreren Versicherern gemeinsam eingereicht werden. Es ist vier Monate vor dem voraussichtlichen Beginn der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit einzureichen.

3 Das Programm muss folgende Anforderungen erfüllen:

a. Es steht Versicherten offen, die bei einem an der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit beteiligten Versicherer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind und ihren Wohnort in einem an der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit beteiligten Grenzkanton haben.

b. Es sieht vor, dass die Versicherten nicht verpflichtet werden können, sich im Ausland behandeln zu lassen.

c. Es umschreibt die im Ausland erbrachten Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden; die Leistungen müssen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

d. Es enthält eine Liste der ausländischen Leistungserbringer, die im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit Leistungen erbringen dürfen; diese Leistungserbringer müssen die gesetzlichen Anforderungen für Leistungserbringer entsprechend erfüllen.

e. Es sieht vor, dass die Tarife und die Preise für die im Ausland erbrachten Leistungen zwischen den Versicherern und den ausländischen Leistungserbringern vereinbart werden; sie dürfen nicht höher sein als in dem am Programm beteiligten Grenzkanton und müssen die Anforderungen der Artikel 43, 49 und 52 KVG erfüllen.

f. Es sieht vor, dass sich die ausländischen Leistungserbringer an die vereinbarten Tarife und Preise halten müssen. Sie dürfen für die Leistungen nach Buchstabe c keine weitergehenden Vergütungen berechnen.

Art. 36*b*[142] Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Versicherte

1 Referenzkanton nach Artikel 41 Absatz 2ter KVG ist der Kanton Bern.

2 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 überweisen die Versicherer bei stationärer Behandlung in der Schweiz dem Spital ihren Anteil sowie als Vorleistung den gemäss Artikel 49*a* Absatz 3bis erster Satz KVG festgelegten kantonalen Anteil. Für die Rückerstattung der Vorleistung reichen die Versicherer ihre Forderungen an die Kantone bei der gemeinsamen Einrichtung ein.

142 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2017** 6723).

Art. 37[143] Kostenübernahme bei internationaler Leistungsaushilfe für im Ausland versicherte Personen

Bei Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Liechtenstein, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95*a* KVG oder internationaler Vereinbarungen Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben, übernimmt bei stationärer Behandlung in einem Listenspital in der Schweiz der ausländische Versicherer die Vergütungen, die nach Artikel 49 Absatz 1 KVG in Rechnung gestellt werden.

3. Kapitel:[144] Kommissionen

Art. 37*a*[145] Beratende Kommissionen

Beratende Kommissionen nach Artikel 33 Absatz 4 KVG sind:

a. die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (Leistungs- und Grundsatzkommission);

b. die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission);

c. die Eidgenössische Arzneimittelkommission.

Art. 37*b*[146] Allgemeine Bestimmungen

[1] Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Kommissionen.

[2] Die Kommissionen geben sich je eine Geschäftsordnung. Diese regeln namentlich folgende Punkte:

a. die Arbeitsweise der Kommission und die Zusammensetzung von Ausschüssen;

b. die Richtlinien und Verfahren zur Leistungsbezeichnung;

c. den Beizug von Experten und Expertinnen.

[3] Der Beizug von Experten und Expertinnen ist bei der Beratung von Leistungen der nicht vertretenen Kreise obligatorisch.

[4] Das EDI genehmigt die Geschäftsordnungen.

143 Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).

144 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 1639).

145 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).

146 Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 5227).

5 Es genehmigt die Einsetzung von Ausschüssen. Es wählt deren Präsidium und die weiteren Mitglieder.

6 Das BAG führt das Sekretariat der Kommissionen und sorgt für die Koordination der Arbeiten. Es kann Dritte mit der Führung des Sekretariates beauftragen.

Art. 37*c*[147]

Art. 37*d*[148] Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen

1 Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen berät das EDI bei der Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 33, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 77*k* und 104*a* Absatz 4 sowie bei der Beurteilung von Grundsatzfragen in der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der ethischen Aspekte bei der Leistungsbezeichnung.[149]

2 Sie hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

a. Definition von Grundsätzen im Leistungsbereich sowie Beratung und Vorschlag von Verordnungsbestimmungen zu Grundsätzen im Leistungsbereich;

b. Festsetzung von Grundsätzen, damit der Datenschutz und die Interessen der Versicherten bei der Leistungsbezeichnung in der Krankenversicherung gewahrt werden;

c. Ausarbeitung von Kriterien für die Beurteilung von Leistungen nach Artikel 33 Absatz 3 KVG und Artikel 70.

3 Sie besteht aus 18 Mitgliedern; davon vertreten:[150]

a. vier Personen die Ärzteschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;

b. eine Person die Spitäler;

c. eine Person die Apothekerschaft, wobei diese Person gleichzeitig auch die Arzneimittelkommission vertritt;

d. zwei Personen die Krankenversicherer;

e. zwei Personen die Vertrauensärzteschaft;

f. zwei Personen die Versicherten;

g. eine Person die Kantone;

h. eine Person die Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission;

147 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).
148 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).
149 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
150 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juni 2021, in Kraft seit 1. Okt. 2021 (AS **2021** 346).

i. eine Person die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftlicher Experte oder wissenschaftliche Expertin);

j. zwei Personen die medizinische Ethik;

k. eine Person die Medizintechnikindustrie.[151]

Art. 37*e* Eidgenössische Arzneimittelkommission

[1] Die Eidgenössische Arzneimittelkommission berät das BAG bei der Erstellung der Spezialitätenliste nach Artikel 34. Sie berät das EDI, in ihrem Bereich, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77*k* und 104*a* Absatz 4. Sie berät das EDI zudem bei der Zuordnung von Arzneimitteln zu einer pharmazeutischen Kostengruppe der Liste nach Artikel 4 der Verordnung vom 19. Oktober 2016[152] über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung sowie bei der Festlegung der standardisierten Tagesdosen, wenn Arzneimittel neu oder für eine zusätzliche Indikation in die Spezialitätenliste aufgenommen werden.[153]

[2] Sie besteht aus 16 Mitgliedern; davon vertreten:[154]

a. eine Person die Fakultäten der Medizin und Pharmazie (wissenschaftlicher Experte oder wissenschaftliche Expertin);

b. drei Personen die Ärzteschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;

c. drei Personen die Apothekerschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;

d. eine Person die Spitäler;

e. zwei Personen die Krankenversicherer;

f. zwei Personen die Versicherten;

g. zwei Personen die Pharmaindustrie;

h.[155] eine Person das Schweizerische Heilmittelinstitut (Swissmedic);

i.[156] eine Person die Kantone.[157]

151 Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 5227).
152 SR **832.112.1**
153 Fassung gemäss Ziff. II der V vom 30. Aug. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 490).
154 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juni 2021, in Kraft seit 1. Okt. 2021 (AS **2021** 346).
155 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
156 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 18. Jan. 2012, in Kraft seit 1. Febr. 2012 (AS **2012** 459).
157 Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 5227).

Art. 37*f* Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände[158]

[1] Die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände berät das EDI bei der Erstellung der Analysenliste nach Artikel 34, bei der Beurteilung und Festsetzung der Vergütung von Mitteln und Gegenständen nach Artikel 33 Buchstabe e sowie bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77*k* und 104*a* Absatz 4, die ihren Bereich betreffen.[159]

[2] Sie besteht aus 16 Mitgliedern; davon vertreten:[160]

a. zwei Personen die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftliche Experten und Expertinnen);

b.[161] eine Person die Ärzteschaft;

c. eine Person die Apothekerschaft;

d. zwei Personen die Laboratorien;

e. zwei Personen die Krankenversicherer;

f. eine Person die Vertrauensärzteschaft;

g. zwei Personen die Versicherten;

h. eine Person die Diagnostica- und Diagnostica-Geräte-Industrie;

i. eine Person die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände;

j. zwei Personen die Hersteller und Vertreiber von Mitteln und Gegenständen;

k.[162] eine Person die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und die Pflegeheime.[163]

Art. 37*g*[164]

158 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).
159 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
160 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juni 2021, in Kraft seit 1. Okt. 2021 (AS **2021** 346).
161 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juni 2021, in Kraft seit 1. Okt. 2021 (AS **2021** 346).
162 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juni 2021, in Kraft seit 1. Okt. 2021 (AS **2021** 346).
163 Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 5227).
164 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3573).

4. Titel: Leistungserbringer

1. Kapitel: Zulassung

1. Abschnitt:[165] Ärzte und Ärztinnen sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen

Art. 38 Ärzte und Ärztinnen

[1] Ärzte und Ärztinnen werden zugelassen, wenn sie zusätzlich zu den Voraussetzungen nach Artikel 37 Absätze 1 und 3 KVG die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Arzt oder Ärztin nach Artikel 34 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006[166] (MedBG).

b. Sie verfügen über einen eidgenössischen Weiterbildungstitel im Fachgebiet nach dem MedBG, für das die Zulassung beantragt wird.

c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

[2] Die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärzte und Ärztinnen (Art. 55*a* KVG) durch die Kantone bleiben vorbehalten.

[3] Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendige Sprachkompetenz im Sinne von Artikel 37 Absatz 1 KVG, wenn sie in der Lage sind, in der Sprache ihrer Tätigkeitsregion:

a. die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten oder abstrakten Themen zu verstehen und deren implizite Bedeutungen zu erfassen;

b. sich spontan und fliessend auszudrücken, ohne öfter nach Worten zu suchen;

c. die Sprache wirksam und flexibel zu gebrauchen und sich klar und strukturiert zu komplexen Sachverhalten zu äussern.

Art. 39 Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen

[1] Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, werden zugelassen, wenn sie zusätzlich zu den Voraussetzungen nach Artikel 37 Absätze 2 und 3 KVG die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie erbringen ihre Leistungen durch Ärzte und Ärztinnen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 38 Absatz 1 Buchstaben a und b erfüllen.

b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

165 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
166 SR **811.11**

2 Die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärzte und Ärztinnen (Art. 55*a* KVG) durch die Kantone bleiben vorbehalten.

2. Abschnitt:[167] Apotheker und Apothekerinnen

Art. 40[168]

1 Apotheker und Apothekerinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Apotheker und Apothekerin nach Artikel 34 MedBG[169];

b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

2 Die Kantone legen die Voraussetzungen fest, unter denen Ärzte und Ärztinnen mit einer Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apothekerinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.

Art. 41[170]

3. Abschnitt:[171] Zahnärzte und Zahnärztinnen

Art. 42[172]

Zahnärzte und Zahnärztinnen werden für Leistungen nach Artikel 31 KVG zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Zahnarzt oder Zahnärztin nach Artikel 34 MedBG[173].

b. Sie haben während drei Jahren eine praktische Tätigkeit in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausgeübt.

167 Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS **2007** 4055).
168 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
169 SR **811.11**
170 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, mit Wirkung seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
171 Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS **2007** 4055).
172 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
173 SR **811.11**

c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 43[174]

4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie Organisationen der Chiropraktik[175]

Art. 44 Chiropraktoren und Chiropraktorinnen[176]

[1] Chiropraktoren und Chiropraktorinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Chiropraktor oder Chiropraktorin nach Artikel 34 MedBG[177].

b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.[178]

[2] …[179]

[3] Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Anwendung von ionisierenden Strahlen zu chiropraktischen Zwecken, insbesondere Artikel 182 Absatz 1 Buchstabe d der Strahlenschutzverordnung vom 26. April 2017[180] sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen des Eidgenössischen Departements für Inneres.[181]

Art. 44*a*[182] Organisationen der Chiropraktik

Organisationen der Chiropraktik werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

174 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, mit Wirkung seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
175 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
176 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
177 SR **811.11**
178 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
179 Aufgehoben durch Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, mit Wirkung seit 1. Sept. 2007 (AS **2007** 4055).
180 SR **814.501**
181 Fassung gemäss Anhang 11 Ziff. 7 der Strahlenschutzverordnung vom 26. April 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 4261).
182 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a erfüllen.

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

5. Abschnitt:[183] Hebammen und Organisationen der Hebammen

Art. 45 Hebammen

Hebammen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Hebamme nach Artikel 11 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016[184] (GesBG) oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.

b. Sie haben während zwei Jahren eine praktische Tätigkeit ausgeübt:
   1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme;
   2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals, unter der Leitung einer Hebamme, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt; oder
   3. in einer Organisation der Hebammen, unter der Leitung einer Hebamme, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 45*a* Organisationen der Hebammen

Organisationen der Hebammen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 45 Buchstaben a und b erfüllen.

183 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
184 SR **811.21**

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

6. Abschnitt: Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen

Art. 46[185]

Art. 47[186] Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin nach Artikel 11 GesBG[187] oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.

b. Sie haben während zwei Jahren eine praktische Tätigkeit ausgeübt:
   1. bei einem Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist;
   2. in einer physiotherapeutischen Spezialabteilung eines Spitals, unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt; oder
   3. in einer Organisation der Physiotherapie, unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

c. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.

d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 48[188] Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

185 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, mit Wirkung seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
186 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
187 SR **811.21**
188 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Ergotherapeut oder Ergotherapeutin nach Artikel 11 GesBG[189] oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.

b. Sie haben während zwei Jahren eine praktische Tätigkeit ausgeübt:
   1. bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist;
   2. in einem Spital, unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt; oder
   3. in einer Organisation der Ergotherapie, unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

c. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.

d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 49[190] Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen

[1] Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Pflegefachmann oder Pflegefachfrau nach Artikel 11 GesBG[191] oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.

b. Sie haben während zwei Jahren eine praktische Tätigkeit ausgeübt:
   1. bei einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist;
   2. in einem Spital oder in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt; oder
   3. in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

c. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.

d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

[2] Die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen (Art. 55*b* KVG) durch die Kantone bleiben vorbehalten.[192]

189 SR **811.21**
190 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
191 SR **811.21**
192 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2024, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 220).

Art. 50[193] Logopäden und Logopädinnen

Die Logopäden und Logopädinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach kantonalem Recht zur Berufsausübung als Logopäde oder Logopädin berechtigt.

b. Sie verfügen über eine vom Kanton anerkannte dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung als Logopäde oder Logopädin mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:
   1. Linguistik (Linguistik, Phonetik, Psycholinguistik);
   2. Logopädie (logopädische Methodenlehre [Beratung, Abklärung, Behandlung], Sprachbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpsychologie, Sprachpathologie);
   3. Medizin (Neurologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Phoniatrie, Psychiatrie, Stomatologie);
   4. Pädagogik (Pädagogik, Sonderpädagogik, Heilpädagogik);
   5. Psychologie (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, pädagogische Psychologie einschliesslich Lernpsychologie, Sozialpsychologie);
   6. Recht (Sozialgesetzgebung).

c. Sie haben während zwei Jahren eine praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie, überwiegend im Erwachsenenbereich, ausgeübt, davon mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und im Beisein eines Logopäden oder einer Logopädin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt; ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden.

d. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 50*a*[194] Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen

Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

193 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

194 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS **1996** 3139). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin nach Artikel 11 GesBG[195] oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.

b. Sie haben während zwei Jahren eine praktische Tätigkeit ausgeübt:
   1. bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist;
   2. in einem Spital, unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt; oder
   3. in einer Organisation der Ernährungsberatung, unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

c. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.

d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 50*b*[196] Neuropsychologen und Neuropsychologinnen

Neuropsychologen und Neuropsychologinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach kantonalem Recht zur Berufsausübung als Neuropsychologe oder Neuropsychologin berechtigt.

b. Sie verfügen über:
   1. einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie nach dem Psychologieberufegesetz vom 18. März 2011[197] (PsyG); oder
   2. einen anerkannten Abschluss in Psychologie nach dem PsyG und einen Fachtitel Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.

c. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.

d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

195 SR **811.21**
196 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016 (AS **2016** 4927). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
197 SR **935.81**

Art. 50*c*[198] Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Ausübung des Psychotherapieberufs nach Artikel 22 PsyG[199].

b. Sie haben eine klinische Erfahrung von drei Jahren, davon mindestens 12 Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen, die über eine der folgenden Anerkennungen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) verfügen:

1.[200] ambulante oder stationäre Weiterbildungsstätte der Kategorie A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm «Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» vom 1. Januar 2024[201] oder der Kategorien A oder B nach den Schwerpunktprogrammen «Alterspsychiatrie und -psychotherapie», «Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie», «Forensische Psychiatrie und Psychotherapie» und «Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen» in der am 1. Januar 2024[202] geltenden Fassung;

2. Weiterbildungsstätte der Kategorien A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» vom 1. Juli 2006[203] in der Fassung vom 20. Dezember 2018.

c. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.

d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 50*d*[204] Podologen und Podologinnen

Podologen und Podologinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach kantonalem Recht zur Berufsausübung als Podologe oder Podologin berechtigt.

198 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 19. März 2021 (AS **2021** 188). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Juli 2022 (AS **2021** 439). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
199 SR **935.81**
200 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 7. Juni 2024, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 265). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
201 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
202 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
203 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
204 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Mai 2021 (AS **2021** 323). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

b. Sie verfügen über ein Diplom einer höheren Fachschule gemäss Rahmenlehrplan Podologie vom 12. November 2010[205] in der Fassung vom 12. Dezember 2014 oder eine gleichwertige Ausbildung gemäss Ziffer 7.1 des Rahmenlehrplans.

c. Sie haben nach Erhalt ihres Diploms während zwei Jahren eine praktische Tätigkeit ausgeübt:
   1. bei einem Podologen oder einer Podologin, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist;
   2. in einer Organisation der Podologie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist; oder
   3. in einem Spital, in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Podologen oder einer Podologin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

d. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 51[206] Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

1 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

a[bis]. [207] Sie verfügen über einen kantonalen Leistungsauftrag nach Artikel 36*a* Absatz 3 KVG.

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat.

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

2 Die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 55*b* KVG) durch die Kantone bleiben vorbehalten.[208]

205 Das Dokument kann auf der folgenden Adresse eingesehen werden: www.bag.admin.ch/ref.
206 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
207 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2024, in Kraft vom 1. Juli 2024 bis zum 30. Juni 2032 (AS **2024** 220).
208 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2024, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 220).

Art. 52[209] Organisationen der Physiotherapie

Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 47 Buchstaben a und b erfüllen.

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 52*a*[210] Organisationen der Ergotherapie

Organisationen der Ergotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 48 Buchstaben a und b erfüllen.

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 52*b*[211] Organisationen der Logopädie

Organisationen der Logopädie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons zugelassen, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben.

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50 Buchstaben a–c erfüllen.

209 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
210 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009 (AS **2009** 3525). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
211 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012 (AS **2012** 4089). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 52*c*[212] Organisationen der Ernährungsberatung

Organisationen der Ernährungsberatung werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50*a* Buchstaben a und b erfüllen.

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 52*d*[213] Organisationen der Neuropsychologie

Organisationen der Neuropsychologie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50*b* Buchstaben a und b erfüllen.

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 52*e*[214] Organisationen der psychologischen Psychotherapie

Organisationen der psychologischen Psychotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

212 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016 (AS **2016** 4927). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
213 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
214 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Mai 2021 (AS **2021** 188). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Juli 2022 (AS **2021** 439).

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50*c* Buchstaben a und b erfüllen.

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

Art. 52*f*[215] Organisationen der Podologie

Organisationen der Podologie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.

c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50*d* Buchstaben a–c erfüllen.

d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.

e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

7. Abschnitt: Laboratorien

Art. 53 Grundsatz

Als Laboratorien werden Einrichtungen zugelassen, die:

a. medizinische Analysen durchführen;

b. nach kantonalem Recht zugelassen sind;

c.[216] …

d. den übrigen von der Gesetzgebung des Bundes oder des Kantons festgesetzten Anforderungen an Laboratorien entsprechen;

e.[217] über eine entsprechende Bewilligung der Swissmedic verfügen, wenn sie Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durchführen;

215 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Mai 2021 (AS **2021** 323). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

216 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, mit Wirkung seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).

217 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

ebis.[218] über eine entsprechende Bewilligung des BAG verfügen, wenn sie zyto- oder molekulargenetische Untersuchungen durchführen;

f. über zweckentsprechende Einrichtungen und das erforderliche Fachpersonal verfügen;

g. die Zulassungsbedingungen nach Artikel 54 erfüllen.

Art. 54 Voraussetzungen[219]

[1] Als Laboratorien sind zugelassen:[220]

a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin, wenn:

1. Analysen im Rahmen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a für den Eigenbedarf des Arztes oder der Ärztin durchgeführt werden,

2. das Ergebnis der Analysen grundsätzlich im Verlauf der Konsultation vorliegt (Präsenzdiagnostik),

3. das Praxislaboratorium räumlich und rechtlich Teil der Praxis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist,

4.[221] die Analysen im Praxislaboratorium oder, für separat bezeichnete Analysen nach Ziffer 1, im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden;

b. das Spitallaboratorium für Analysen, die nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden;

c. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind.[222]

[2] Spitallaboratorien, die für den Eigenbedarf des Spitals Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung oder einer vom EDI anerkannten, für die Durchführung der Analysen geeigneten höheren Fachausbildung stehen.

[3] Laboratorien, die im Auftrage eines anderen zugelassenen Leistungserbringers neben den Analysen der Grundversorgung weitere Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn:

218 Eingefügt durch Art. 37 Ziff. 2 der V vom 14. Febr. 2007 über genetische Untersuchungen beim Menschen, in Kraft seit 1. April 2007 (AS **2007** 651).
219 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
220 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
221 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 4523).
222 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

a. sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung stehen;

b.[223] die leitende Person nach Buchstabe a über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin verfügt, der durch den Schweizerischen Verband «Die medizinischen Laboratorien der Schweiz» (FAMH) erteilt wurde oder als mit einem solchen Weiterbildungstitel gleichwertig anerkannt wurde.

[4] Das EDI kann für die Vornahme von bestimmten Analysen weitergehende Anforderungen an Einrichtungen sowie Qualifikation und Weiterbildung von Laborleitung und Laborpersonal vorsehen. Es kann im Weiteren für die Durchführung bestimmter Analysen einzelne Zentren bestimmen und sie mit der Führung von Evaluationsregistern beauftragen.

[4bis] Um nach den Absätzen 1–3 zugelassen zu werden, müssen die Laboratorien nachweisen, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.[224]

[5] Das EDI kann Ausführungsbestimmungen zu Absatz 1 Buchstabe a erlassen.[225]

Art. 54*a*[226] Verfahren und Gebühren

[1] Das BAG entscheidet über Gesuche um Anerkennung der Gleichwertigkeit von Weiterbildungstiteln in Labormedizin nach Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b.

[2] Für den Entscheid nach Absatz 1 wird eine Gebühr erhoben. Sie wird nach Zeitaufwand bemessen, darf aber 3000 Franken nicht überschreiten.

[3] Sind ausserordentliche Aufwendungen nötig, namentlich wenn das Gesuch als mangelhaft oder unvollständig beurteilt und zur Verbesserung zurückgewiesen wird, so kann die Gebühr den Höchstbetrag nach Absatz 2 übersteigen; sie darf aber 5000 Franken nicht überschreiten.

[4] Der Stundenansatz beträgt je nach erforderlicher Sachkenntnis und Funktionsstufe des ausführenden Personals 90–200 Franken.

[5] Es kann ein angemessener Kostenvorschuss in Rechnung gestellt werden.

[6] Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004[227].

223 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927).
224 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
225 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
226 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4927). Siehe auch die UeB am Schluss dieses Textes.
227 SR **172.041.1**

8. Abschnitt: Abgabestellen für Mittel und Gegenstände

Art. 55[228]

Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

b. Sie haben mit den Versicherern, zulasten deren sie tätig sein möchten, einen Vertrag über die Abgabe von Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, abgeschlossen.

c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

8*a*. Abschnitt:[229] Geburtshäuser

Art. 55*a*[230]

Geburtshäuser werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie erfüllen die Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben b–f KVG.

b. Sie haben ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 KVG festgelegt.

c. Sie stellen eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicher.

d. Sie haben Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen.

9. Abschnitt: Transport- und Rettungsunternehmen

Art. 56[231]

Transport- und Rettungsunternehmen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.

b. Sie haben mit den Versicherern, zulasten deren sie tätig sein möchten, einen Vertrag über die Durchführung von Transporten und Rettungen, abgeschlossen.

228 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
229 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097).
230 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
231 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58*g* erfüllen.

10. Abschnitt: Heilbäder

Art. 57 Im Allgemeinen

1 Heilbäder werden zugelassen, wenn sie unter ärztlicher Aufsicht stehen, zu Heilzwecken vor Ort bestehende Heilquellen nutzen, über das erforderliche Fachpersonal sowie die zweckentsprechenden diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen verfügen und nach kantonalem Recht zugelassen sind.

2 Das EDI kann vom Erfordernis der vor Ort bestehenden Heilquelle Ausnahmen bewilligen. Es berücksichtigt dabei die bisherige Praxis der Krankenversicherer.

Art. 58 Heilquellen

1 Als Heilquellen gelten Quellen, deren Wasser aufgrund besonderer chemischer oder physikalischer Eigenschaften und ohne jede Veränderung ihrer natürlichen Zusammensetzung eine wissenschaftlich anerkannte Heilwirkung ausüben oder erwarten lassen.

2 Die chemischen oder physikalischen Eigenschaften sind durch Heilwasseranalysen gutachtlich nachzuweisen und alle drei Jahre durch eine Kontrollanalyse durch die zuständige kantonale Instanz zu überprüfen.

11. Abschnitt:[232] Planungskriterien

Art. 58*a* Grundsatz

1 Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.

2 Sie wird periodisch überprüft.[233]

Art. 58*b*[234] Versorgungsplanung

1 Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche und berücksichtigen namentlich die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren.

232 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097).
233 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
234 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

2 Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG aufgeführt sind.

3 Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Das zu sichernde Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.

4 Bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:

a. die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung;

b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;

c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Art. 58*c* Art der Planung

Die Planung erfolgt:

a. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert;

b. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen;

c. für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Art. 58*d*[235] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität

1 Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser erfolgt namentlich durch Vergleiche der schweregradbereinigten Kosten. Bei Pflegeheimen ist die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in angemessener Weise zu berücksichtigen.

2 Bei der Beurteilung der Qualität der Einrichtungen ist insbesondere zu prüfen, ob die gesamte Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt:

a. Sie verfügt über das erforderliche qualifizierte Personal.

b. Sie verfügt über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.

c. Sie verfügt über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und hat sich, wo ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.

d. Sie verfügt über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

235 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

e. Sie verfügt über die Ausstattung zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel.

3 Die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen können als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden.

4 Bei der Beurteilung der Spitäler ist insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten.

5 Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf aktuelle Beurteilungen anderer Kantone stützen.

Art. 58*e*[236] Interkantonale Koordination der Planungen

1 Zur Koordination ihrer Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 KVG müssen die Kantone namentlich:

a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese Informationen mit den betroffenen Kantonen austauschen;

b. das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen.

2 Jeder Kanton koordiniert sich namentlich mit:

1. den Kantonen, in denen eine oder mehrere auf seiner Liste aufgeführte oder für seine Liste vorgesehene Einrichtungen ihren Standort haben;

2. den Kantonen, auf deren Liste eine oder mehrere Einrichtungen aufgeführt sind, die ihren Standort auf seinem Gebiet haben, oder für deren Liste solche Einrichtungen vorgesehen sind;

3. den Kantonen, die Standort von Einrichtungen sind, in denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte aus seinem Gebiet behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden;

4. den Kantonen, aus denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte in Einrichtungen, die ihren Standort auf seinem Gebiet haben, behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden;

5. anderen Kantonen, wenn die Koordination zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital führen kann.

Art. 58*f*[237] Listen und Leistungsaufträge

1 Auf der Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG sind die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen aufzuführen, die notwendig sind, um das nach Artikel 58*b* Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.

236 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
237 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).

2 Jeder Einrichtung auf der Liste wird ein Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG erteilt. Hat die Einrichtung mehrere Standorte, so hält der Leistungsauftrag fest, für welchen Standort er gilt.

3 Die Listen halten für jedes Spital die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen fest.

4 Die Kantone bestimmen die Auflagen, die die Leistungsaufträge für Spitäler und Geburtshäuser enthalten müssen. Für akutsomatische Spitäler können sie namentlich folgende Auflagen vorsehen:

a. Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie;

b. Verfügbarkeit und Qualifikation der Fachärzte und Fachärztinnen;

c. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation;

d. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensiv- oder Überwachungsstation;

e. verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitälern;

f. Mindestfallzahlen.

5 Sie können vorsehen, dass die Leistungsaufträge für Pflegeheime Auflagen enthalten.

6 Sie können vorsehen, dass die Leistungsaufträge namentlich folgende Auflagen enthalten, sofern diese weder strukturerhaltend sind noch jeglichen Wettbewerb verhindern:

a. für akutsomatische Spitäler: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG oder die maximalen Leistungsmengen;

b. für Spitäler in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG, die maximalen Leistungsmengen oder die maximalen Kapazitäten;

c. für Pflegeheime: ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG oder die maximalen Kapazitäten.

7 Sie sehen vor, dass die Leistungsaufträge für Spitäler als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme enthalten, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41*a* KVG führen.

12. Abschnitt:[238] Qualitätsanforderungen

Art. 58*g*

Die Leistungserbringer müssen die folgenden Qualitätsanforderungen erfüllen:

a. Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal.

b. Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.

c. Sie verfügen über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und haben sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.

d. Sie verfügen über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

2. Kapitel: Rechnungstellung

Art. 59[239] Rechnungsstellung im Allgemeinen

[1] Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42 Absätze 3 und 3[bis] KVG notwendig sind. Insbesondere sind folgende Angaben zu machen:

a. Kalendarium der Behandlungen;

b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;

c. Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind;

d. Kennnummer der Versichertenkarte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f der Verordnung vom 14. Februar 2007[240] über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;

e. AHV-Nummer[241].

[2] Der Leistungserbringer muss für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.

238 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
239 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089).
240 SR **832.105**
241 Ausdruck gemäss Anhang Ziff. II 36 der V vom 17. Nov. 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 800). Diese Änd. wurde in den in der AS genannten Bestimmungen vorgenommen.

3 Bei Analysen erfolgt die Rechnungsstellung an den Schuldner der Vergütung ausschliesslich durch das Laboratorium, das die Analyse durchgeführt hat. Pauschaltarife nach den Artikeln 43 Absätze 5–5quater und 49 KVG bleiben vorbehalten.[242]

3bis Für Leistungen nach Artikel 25*a* KVG weist die Rechnung an den Schuldner der Vergütung aus, ob die Leistungen mit oder ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht wurden.[243]

4 Die Leistungserbringer stellen sicher, dass die Rechnung für die versicherte Person nachvollziehbar ist und dass insbesondere Art, Dauer und Inhalt der Behandlung verständlich dargestellt werden.[244]

Art. 59*a*[245] Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG

1 Im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG *(Diagnosis Related Groups)* muss der Leistungserbringer die Datensätze mit den administrativen und medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 mit einer einmaligen Identifikationsnummer versehen. Das EDI legt die gesamtschweizerisch einheitliche Struktur der Datensätze fest.

2 Diagnosen und Prozeduren nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c sind entsprechend den Klassifikationen für die Erhebung für die Statistik der Gesundheitsversorgung nach Anhang 1 Ziffer 05.03. der Bundesstatistikverordnung vom 30. April 2025[246] zu kodieren.[247]

3 Der Leistungserbringer leitet die Datensätze mit den administrativen und den medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 gleichzeitig mit der Rechnung an die Datenannahmestelle des Versicherers weiter. Es muss sichergestellt werden, dass ausschliesslich diese Datenannahmestelle Zugang zu den medizinischen Angaben erhält.

4 Die Datenannahmestelle bestimmt, für welche Rechnungen eine weitere Prüfung benötigt wird, und leitet die dazu notwendigen Angaben an den Versicherer weiter. Der Versicherer darf der Datenannahmestelle keine Weisungen bezüglich der Datenweitergabe in Bezug auf einzelne Rechnungen erteilen.

5 Verlangt der Versicherer vom Leistungserbringer im Laufe der Prüfung zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur im Sinne von Artikel 42 Absatz 4 KVG, so hat der Versicherer die versicherte Person über ihre Wahlmöglichkeit nach Artikel 42 Absatz 5 KVG zu informieren.

242 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 20. Nov. 2024, in Kraft seit 1. Jan. 2025 (AS **2024** 697).
243 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2024, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2024** 220).
244 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).
245 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.
246 SR **431.011**
247 Fassung gemäss Anhang 3 Ziff. 17 der Bundesstatistikverordnung vom 30. April 2025, in Kraft seit 1. Juni 2025 (AS **2025** 318).

6 Jeder Versicherer muss über eine Datenannahmestelle verfügen. Diese muss nach Artikel 13 des Datenschutzgesetzes vom 25. September 2020[248] (DSG) zertifiziert sein.[249]

7 Der Versicherer informiert den Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) nach Artikel 43 DSG unaufgefordert über die Zertifizierung oder Rezertifizierung seiner Datenannahmestelle. Der EDÖB kann von der Datenannahmestelle oder von der Zertifizierungsstelle jederzeit die für die Zertifizierung oder Rezertifizierung relevanten Dokumente einfordern. Er veröffentlicht eine Liste der zertifizierten Datenannahmestellen.[250]

Art. 59*a*bis [251] Rechnungsstellung im ambulanten Bereich

Für den ambulanten Bereich erlässt das EDI ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips. Darin legt es die für die Codierung schweizweit anwendbaren Klassifikationen fest.

Art. 59*a*ter [252] Datensichernde Massnahmen und Aufbewahrung

1 Für die Bearbeitung der medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 treffen die Versicherer die erforderlichen technischen und organisatorischen datensichernden Massnahmen, insbesondere diejenigen nach den Artikeln 1–4 und 6 DSV[253].[254]

2 Sofern die medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 nicht verschlüsselt aufbewahrt werden, werden die Personalien der Versicherten zur Aufbewahrung dieser Angaben pseudonymisiert. Die Aufhebung der Pseudonymisierung oder Verschlüsselung darf nur durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin erfolgen.

248 SR **235.1**
249 Fassung des zweiten Satzes gemäss Anhang 2 Ziff. II 119 der Datenschutzverordnung vom 31. Aug. 2022, in Kraft seit 1. Sept. 2023 (AS **2022** 568).
250 Fassung gemäss Anhang 2 Ziff. II 119 der Datenschutzverordnung vom 31. Aug. 2022, in Kraft seit 1. Sept. 2023 (AS **2022** 568).
251 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012 (AS **2012** 4089). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 838).
252 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089).
253 SR **235.11**
254 Fassung gemäss Anhang 2 Ziff. II 119 der Datenschutzverordnung vom 31. Aug. 2022, in Kraft seit 1. Sept. 2023 (AS **2022** 568).

3. Kapitel: Tarife und Preise[255]

1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag[256]

Art. 59*b*[257]

Art. 59*c*[258] Grundsätze für Tarifverträge

[1] Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:

a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.

b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.

c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.

[2] Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:

a. Sie müssen von Parteien abgeschlossen werden, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.

b. Sie müssen auf einem kohärenten Tarifmodell und auf wirtschaftlichen Kriterien beruhen.

c. Sie müssen auf Daten beruhen, die für die Leistungserbringer repräsentativ sind, welche die Tarifstrukturen anwenden müssen.

[3] Die Modalitäten zur Anwendung der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge sein.

Art. 59*c*^bis^[259] Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen im stationären Bereich

Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird.

255 Ursprünglich vor Art. 59*a*. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

256 Ursprünglich vor Art. 59*a*. Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997 (AS **1997** 2272). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).

257 Eingefügt durch Ziff. I 8 der V vom 18. Aug. 2004 (AS **2004** 4037). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).

258 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007 (AS **2007** 3573). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).

259 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).

Art. 59*c*ter [260] Inhalt des Gesuchs um Genehmigung eines Tarifvertrags

[1] Ist nach Artikel 43 Absatz 5, 46 Absatz 4, 47*a* Absatz 7 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:

a. ein von allen Vertragsparteien unterzeichnetes Exemplar des Tarifvertrags;

b. die Erläuterungen zum übermittelten Tarifvertrag, insbesondere dazu, inwiefern dieser den Grundsätzen nach Artikel 43 KVG und nach den Artikeln 59*c* und 59*c*bis entspricht;

c. die Grundlagen und die Methode für die Berechnung des Tarifs;

d. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten;

e. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47*c* KVG einzurichtenden Monitorings;

f. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG.

[2] Für leistungsbezogene Pauschalen, die stationäre Behandlungen vergüten, muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe d die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen , einschliesslich der vor- und der nachgelagerten Bereiche.

[3] Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Reglement zur Kodierrevision enthalten.

[4] Ist der Kanton nach Artikel 46 Absatz 4 KVG für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so ist Absatz 1 sinngemäss anwendbar.

Art. 59*c*quater [261] Aufgaben der zuständigen Behörde

[1] Die Genehmigungsbehörde nach Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 43 KVG und nach Artikel 59*c* Absatz 1 entspricht. Ist der Bundesrat für die Genehmigung zuständig, so prüft er zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59*c* Absätze 2 und 3 sowie 59*c*bis entspricht.

[2] Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 43 KVG und nach Artikel 59*c* Absatz 1 sinngemäss an. Ist der Bundesrat für die Festsetzung einer Tarifstruktur zuständig, so wendet er zusätzlich die Grundsätze nach den Artikeln 59*c* Absätze 2 und 3 sowie 59*c*bis sinngemäss an.

260 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).
261 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).

Art. 59*d*[262] Pflicht zur Überprüfung der Tarife

[1] Die Tarifpartner und die Organisationen nach den Artikeln 47*a* Absätze 1 und 2 sowie 49 Absatz 2 KVG müssen regelmässig, spätestens aber fünf Jahre nach der letzten Genehmigung des Tarifvertrags oder der letzten umfassenden Überprüfung, prüfen, ob die Tarife die Grundsätze nach Artikel 43 KVG und nach den Artikeln 59*c* und 59*c*[bis], soweit diese Grundsätze anwendbar sind, weiterhin erfüllen.

[2] Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate der Überprüfung und legen auf Verlangen die Unterlagen nach Artikel 59*c*[ter] vor.

Art. 59*d*[bis] [263] Anpassung der Tarifverträge

[1] Die Tarifpartner und die Organisationen nach den Artikeln 47*a* Absätze 1 und 2 sowie 49 Absatz 2 KVG nehmen die erforderlichen Anpassungen der Tarifverträge vor.

[2] Die Tarifpartner unterbreiten die angepassten Tarifverträge der zuständigen Behörde zur Genehmigung.

[3] Die Genehmigung geringfügiger Anpassungen von Tarifverträgen löst keine neue Frist zur Überprüfung nach Artikel 59*d* aus, ausser wenn diese Anpassungen das Ergebnis einer umfassenden Überprüfung der entsprechenden Tarifverträge sind.

Art. 59*e*[264] Fallbeitrag

[1] Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 KVG erhoben werden, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch sind ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit des beantragten Betrags begründet wird.

[2] Wird der Fallbeitrag erhöht, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Fallbeitrag erneut zur Genehmigung unterbreiten.

[3] Für die Aufteilung der Finanzierung des Fallbeitrags gilt Artikel 49*a* Absätze 1 und 2 KVG sinngemäss.

262 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008 (AS **2008** 5097). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).

263 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).

264 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 5097). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

1*a*. Abschnitt: Datenbekanntgabe[265]

Art. 59*f*[266] Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

[1] Die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Artikel 47*b* Absatz 1 KVG umfasst folgende Daten:

a. allgemeine Betriebsdaten, namentlich:
   1. Betriebstyp, einschliesslich Rechtsform,
   2. Standorte,
   3. medizinisch-technische Infrastruktur,
   4. Betriebsdauer pro Jahr;

b. Daten zum Personalbestand des Betriebs, namentlich:
   1. Anzahl Leistungserbringer, aufgeschlüsselt nach den Kategorien nach Artikel 35 Absatz 2 KVG und nach Spezialisierung, sowie weiteres Personal,
   2. Angaben zum Beschäftigungsvolumen der Leistungserbringer, aufgeschlüsselt nach den Kategorien nach Artikel 35 Absatz 2 KVG und nach Spezialisierung, sowie des weiteren Personals;

c. Leistungstyp, Untersuchungen und Behandlungen;

d. Gestehungskosten der Leistungen, namentlich:
   1. Personalaufwand pro Personalkategorie, einschliesslich separat ausgewiesener berufliche Vorsorge,
   2. Materialaufwand und Materialmenge,
   3. Raumaufwand und Raumfläche,
   4. Kapitalaufwand sowie Eigen- und Fremdkapital,
   5. Abschreibungen und Anlagevermögen,
   6. Investitionsaufwand;

e. quantitative Informationen zur Aufschlüsselung der Gestehungskosten nach den einzelnen Leistungen in Abhängigkeit des Kostenmodells, insbesondere die Dauer der Leistung und Anzahl Patientinnen und Patienten;

f. Entwicklung der Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, namentlich:
   1. Tarifpositionen, Leistungsvolumen und Kosten der abgerechneten Leistungen,
   2. Anzahl der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten,
   3. Anzahl Konsultationen pro Patientin und Patient.

265 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).
266 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).

2 Daten, die vom BFS gestützt auf Artikel 30 erhoben wurden, dürfen nicht aufgrund von Absatz 1 verlangt werden.

Art. 59*g*[267] Übermittlung der Daten

1 Die Daten nach Artikel 59*f* müssen dem EDI oder der zuständigen Kantonsregierung korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten, unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten und in verschlüsselter Form elektronisch übermittelt werden.

2 Stellt das EDI oder die zuständige Kantonsregierung Mängel in der Datenlieferung fest, so ist eine Nachfrist zur Übermittlung korrekter und vollständiger Daten zu setzen, bevor Sanktionen nach Artikel 47*b* Absatz 2 KVG ergriffen werden können.

Art. 59*h*[268] Kantonale Bearbeitungsreglemente

Für die Erhebung und Bearbeitung von Daten nach Artikel 47*b* KVG erstellt die zuständige Kantonsregierung ein Bearbeitungsreglement, das die interne Organisation festlegt und insbesondere das Datenbearbeitungs- und Kontrollverfahren in Anwendung der kantonalen Bestimmungen zum Datenschutz umschreibt und alle Unterlagen über die Planung, die Realisierung und den Betrieb der Datenbearbeitungssysteme und der Informatikmittel enthält. Sie aktualisiert das Reglement regelmässig.

Art. 59*i*[269] Sicherheit und Aufbewahrung der Daten

Soweit die Aufbewahrung, die Löschung und die Vernichtung der Daten nicht anderweitig geregelt sind, müssen die Behörden, denen Daten nach Artikel 47*b* KVG bekannt gegeben werden, folgende Grundsätze einhalten:

a. Sie müssen die Daten durch die erforderlichen organisatorischen und technischen Massnahmen gegen unbefugtes Bearbeiten schützen.

b. Sie müssen die Daten löschen, sobald diese zur Erreichung des Zwecks, zu dem sie weitergegeben wurden, nicht mehr benötigt werden.

c. Sie müssen die Daten spätestens fünf Jahre nach deren Erhalt vernichten, sofern die Daten nicht archiviert werden müssen.

267 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).
268 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).
269 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).

2. Abschnitt:[270] Analysenliste

Art. 60[271] Veröffentlichung

Die Analysenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 KVG) wird in der Regel jährlich herausgegeben. Ihr Titel und die Fundstelle werden in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts veröffentlicht.

Art. 61 Aufnahme, Streichung

[1] Vorschläge um Aufnahme einer Analyse in die Analysenliste können beim BAG eingereicht werden.

[2] Das BAG prüft den Vorschlag und unterbreitet ihn der zuständigen Kommission. Bei der Prüfung der Vorschläge kann es aussenstehende Experten oder Expertinnen beiziehen. Es ist befugt, von sich aus oder auf Antrag der zuständigen Kommission die Aufnahme einer Analyse von ergänzenden Prüfungen abhängig zu machen.

[3] Eine in die Analysenliste aufgenommene Analyse ist zu streichen, wenn sie die Aufnahmebedingungen nicht mehr erfüllt.

Art. 62[272] Separate Bezeichnung bestimmter Analysen

[1] Das EDI bezeichnet diejenigen Analysen, die:

a. im Rahmen der Grundversorgung von Laboratorien nach Artikel 54 Absatz 1 durchgeführt werden können;

b. von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen gestützt auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b KVG veranlasst werden können;

c. von Hebammen gestützt auf Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe a KVG veranlasst werden können.

[2] …[273]

3. Abschnitt:[274] Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 63

[1] Die Arzneimittelliste mit Tarif (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 2 KVG) wird in der Regel jährlich herausgegeben. Ihr Titel und die Fundstelle werden in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts veröffentlicht.

270 Ursprünglich 1. Abschn.
271 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 2129).
272 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS **2000** 889).
273 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 4. Juni 2021, mit Wirkung seit 1. Okt. 2021 (AS **2021** 346).
274 Ursprünglich 2. Abschn.

2 Für die Aufnahme eines Arzneimittels in die Arzneimittelliste mit Tarif finden die Bestimmungen über die Spezialitätenliste sinngemäss Anwendung.

4. Abschnitt:[275] Spezialitätenliste

Art. 64[276]

Art. 64*a*[277] Begriffe

1 Als Originalpräparat gilt ein von der Swissmedic als erstes mit einem bestimmten Wirkstoff zugelassenes Arzneimittel, einschliesslich aller zum gleichen Zeitpunkt oder später zugelassenen Darreichungsformen.[278]

2 Als Generikum gilt ein von der Swissmedic[279] zugelassenes Arzneimittel, das im wesentlichen gleich ist wie ein Originalpräparat und das mit diesem aufgrund identischer Wirkstoffe sowie seiner Darreichungsform und Dosierung austauschbar ist.

3 Als Co-Marketing-Arzneimittel gilt ein von der Swissmedic zugelassenes Arzneimittel, das sich von einem anderen von der Swissmedic zugelassenen Arzneimittel (Basispräparat) mit Ausnahme der Bezeichnung und der Packung nicht unterscheidet.

4 Als Präparat mit bekanntem Wirkstoff gilt ein im vereinfachten Zulassungsverfahren von der Swissmedic zugelassenes Arzneimittel, dessen Wirkstoff in einem Arzneimittel enthalten ist, das von der Swissmedic zugelassen ist oder war.[280]

5 Als Biosimilar gilt ein von der Swissmedic zugelassenes biologisches Arzneimittel, das eine genügende Ähnlichkeit mit einem anderen von der Swissmedic zugelassenen biologischen Arzneimittel (Referenzpräparat) aufweist und das auf die Dokumentation des Referenzpräparates Bezug nimmt.[281]

6 Als für den Parallelimport zugelassenes Arzneimittel gilt ein Arzneimittel, das direkt aus einem Land mit gleichwertigem Zulassungssystem eingeführt wird, das über eine Zulassung der Swissmedic verfügt und zu dem ein wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Spezialitätenliste aufgeführt ist.[282]

275 Ursprünglich 3. Abschn.
276 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
277 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
278 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
279 Ausdruck gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Diese Änd. wurde in den in der AS genannten Bestimmungen vorgenommen.
280 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
281 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
282 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

Art. 65[283] Aufnahmebedingungen[284]

[1] Ein Arzneimittel kann in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, wenn es über eine gültige Zulassung der Swissmedic verfügt.

[1bis] Erfüllt ein Arzneimittel die Voraussetzungen für eine Aufnahme in die Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste nach Artikel 3sexies der Verordnung vom 17. Januar 1961[285] über die Invalidenversicherung (IVV), so wird es nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen.[286]

[2] Arzneimittel, für die Publikumswerbung nach Artikel 2 Buchstabe b der Arzneimittel-Werbeverordnung vom 17. Oktober 2001[287] betrieben wird, werden nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen.

[3] Arzneimittel müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

[4] Die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat muss dem BAG die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdatum mit dem Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste angeben.[288]

[5] Das BAG kann die Aufnahme mit Bedingungen und Auflagen verbinden, insbesondere:

a. die Aufnahme eines Arzneimittels, dessen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befindet, befristen, wenn therapeutische Alternativen fehlen oder eine bessere Wirksamkeit im Vergleich zu bestehenden Therapien erwartet wird;

b. die Aufnahme mit der Auflage verbinden, dass die Zulassungsinhaberin dem BAG meldet, wenn sie mit dem Arzneimittel über einen bestimmten Zeitraum einen Umsatz in einer festgelegten Höhe überschreitet.[289]

Art. 65*a*[290] Beurteilung der Wirksamkeit

Die Beurteilung der Wirksamkeit von allopathischen Arzneimitteln muss sich auf klinisch kontrollierte Studien abstützen.

283 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
284 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
285 SR **831.201**
286 Eingefügt durch Anhang Ziff. 4 der V vom 3. Nov. 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 706). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
287 SR **812.212.5**
288 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
289 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
290 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

Art. 65*b*[291] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit: Grundsatz

[1] Ein Arzneimittel gilt als wirtschaftlich, wenn es die indizierte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellem Aufwand gewährleistet.

[2] Die Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels wird wie folgt beurteilt:

a. anhand eines Vergleichs mit dem durchschnittlichen Preis anderer Arzneimittel zur Behandlung derselben Krankheit (therapeutischer Quervergleich);

b. anhand eines Vergleichs mit dem Durchschnitt der Preise desselben Arzneimittels in den Referenzländern (Auslandpreisvergleich).

[3] Zur Ermittlung des Preises, der als wirtschaftlich gilt, werden die nach Absatz 2 Buchstaben a und b ermittelten Preise je hälftig gewichtet.

Art. 65*b*bis [292] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit: therapeutischer Quervergleich

[1] Beim therapeutischen Quervergleich werden überprüft:

a. die Wirksamkeit des Arzneimittels im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln, die zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden;

b. die Kosten des Arzneimittels pro Tag oder Kur im Verhältnis zu den Kosten von Arzneimitteln, die zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden.

[2] Nach Patentablauf werden das Originalpräparat und das Nachfolgepräparat, sofern dieses gegenüber dem bisher in der Spezialitätenliste aufgeführten Originalpräparat keinen therapeutischen Fortschritt bringt, im therapeutischen Quervergleich verglichen mit:

a. anderen patentabgelaufenen Originalpräparaten;

b. Präparaten mit bekanntem Wirkstoff, die nicht als Generika in der Spezialitätenliste aufgeführt sind.

Art. 65*b*ter [293] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit: Innovationszuschlag beim therapeutischen Quervergleich

[1] Beim therapeutischen Quervergleich kann auf Antrag hin ein Innovationszuschlag gewährt werden, wenn anhand kontrollierter klinischer Studien aufgezeigt wurde, dass mit dem Arzneimittel ein bedeutender therapeutischer Fortschritt erzielt wird. Der Innovationszuschlag beträgt je nach Kategorie, in die das Arzneimittel entsprechend aufgrund der Bedeutung des therapeutischen Fortschritts eingeteilt ist:

a. für Arzneimittel, mit denen ein sehr grosser therapeutischer Fortschritt erzielt wird: höchstens 20 Prozent;

291 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
292 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
293 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

b. für Arzneimittel, mit denen ein grosser therapeutischer Fortschritt erzielt wird: höchstens 10 Prozent.

2 Der Innovationszuschlag wird während höchstens 15 Jahren berücksichtigt.

Art. 65*b*quater [294] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit: Auslandpreisvergleich

1 Beim Auslandpreisvergleich wird der Preis eines Arzneimittels mit dem Fabrikabgabepreis desselben Arzneimittels im Ausland verglichen. Bestehen keine öffentlich zugänglichen Fabrikabgabepreise, so wird der Apothekeneinstandspreis oder, falls auch dieser nicht öffentlich zugänglich ist, der Publikumspreis berücksichtigt. Für diese Fälle legt das EDI zur Ermittlung des Fabrikabgabepreises die Höhe des durchschnittlichen Abzugs vom Apothekeneinstandspreis und vom Publikumspreis fest. Es kann vorsehen, dass statt des von ihm festgelegten Abzugs der effektive Abzug oder ein bestimmter Mindestabzug vorgenommen wird.

2 Von den Fabrikabgabepreisen der Referenzländer werden in einem Referenzland verbindliche Herstellerrabatte abgezogen. Das EDI legt fest, welche Herstellerrabatte abgezogen werden. Es kann vorsehen, dass statt der von ihm festgelegten Herstellerrabatte die effektiven Herstellerrabatte abgezogen werden.

Art. 65*c* [295] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Generika

1 Bei Generika werden für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die geringeren Kosten für die Entwicklung im Vergleich zum Originalpräparat berücksichtigt.

2 Ein Generikum gilt bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste als wirtschaftlich, wenn sein Fabrikabgabepreis gegenüber dem mit ihm austauschbaren Originalpräparat:

a. mindestens 20 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 4 Millionen Franken nicht übersteigt;

b. [296] mindestens 40 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 4 Millionen und 8 Millionen Franken liegt;

c. mindestens 50 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 8 Millionen und 16 Millionen Franken liegt;

294 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
295 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
296 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

d. mindestens 60 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 16 Millionen und 25 Millionen Franken liegt;

e. mindestens 70 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 25 Millionen Franken übersteigt.[297]

3 Massgebend für die Berechnung des wirtschaftlichen Fabrikabgabepreises des Generikums ist der nach Artikel 65*e* ermittelte Fabrikabgabepreis des Originalpräparates.[298]

4 Das Schweizer Marktvolumen pro Jahr bemisst sich auf der Basis des Fabrikabgabepreises des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und wird je Handelsform desselben Wirkstoffes bestimmt. Das BAG kann bei einem Gesuch um Aufnahme eines Generikums in die Spezialitätenliste von der Zulassungsinhaberin die Meldung des Schweizer Marktvolumens verlangen. Das Marktvolumen muss gestützt auf Umsatzerhebungen eines unabhängigen Instituts erfasst werden.[299]

5 Generika, die vor der Preisüberprüfung des Originalpräparates nach Artikel 65*e* in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, werden nach der Preisüberprüfung zur Wahrung des Abstands preislich angepasst.

Art. 65*c*bis [300] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Biosimilars

1 Bei Biosimilars werden für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die geringeren Kosten für die Entwicklung im Vergleich zum Referenzpräparat berücksichtigt.

2 Ein Biosimilar gilt bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste als wirtschaftlich, wenn sein Fabrikabgabepreis gegenüber dem Referenzpräparat:

a. mindestens 20 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Referenzpräparates während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 8 Millionen Franken nicht übersteigt;

b. mindestens 25 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Referenzpräparates während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 8 Millionen und 16 Millionen Franken liegt;

c. mindestens 30 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Referenzpräparates während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 16 Millionen und 25 Millionen Franken liegt;

297 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
298 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
299 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
300 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

d. mindestens 35 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Referenzpräparates während drei Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 25 Millionen übersteigt.

3 Massgebend für die Berechnung des wirtschaftlichen Fabrikabgabepreises des Biosimilars ist der nach Artikel 65*e* ermittelte Fabrikabgabepreis des Referenzpräparates.

4 Das Schweizer Marktvolumen pro Jahr bemisst sich auf der Basis des Fabrikabgabepreises des Referenzpräparates und wird je Handelsform desselben Wirkstoffes bestimmt. Das BAG kann bei einem Gesuch um Aufnahme eines Biosimilars in die Spezialitätenliste von der Zulassungsinhaberin die Meldung des Schweizer Marktvolumens verlangen. Das Marktvolumen muss gestützt auf Umsatzerhebungen eines unabhängigen Instituts erfasst werden.

5 Biosimilars, die vor der Preisüberprüfung des Referenzpräparates nach Artikel 65*e* in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, werden nach der Preisüberprüfung zur Wahrung des Abstands preislich angepasst.

Art. 65*c*ter [301] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Präparaten mit bekanntem Wirkstoff, die nicht als Generika in der Spezialitätenliste aufgeführt sind

1 Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Präparats mit bekanntem Wirkstoff, das nicht als Generikum in der Spezialitätenliste aufgeführt ist, werden die Kosten für Forschung und Entwicklung nicht berücksichtigt.

2 Der therapeutische Quervergleich erfolgt mit:

a. patentabgelaufenen Originalpräparaten;

b. anderen Präparaten mit bekanntem Wirkstoff, die nicht als Generika in der Spezialitätenliste aufgeführt sind.

3 Ist mindestens ein Generikum mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt und stellt das Präparat mit bekanntem Wirkstoff keinen therapeutischen Fortschritt dar, so wird die Wirtschaftlichkeit des Präparats mit bekanntem Wirkstoff ausschliesslich anhand eines Vergleichs mit diesem Generikum beurteilt, ohne dass ein Auslandpreisvergleich oder ein therapeutischer Quervergleich mit anderen Arzneimitteln als diesem Generikum durchgeführt wird. Sind mehrere Generika in der Spezialitätenliste aufgeführt, so erfolgt der Vergleich anhand des durchschnittlichen Preises dieser Generika.

Art. 65*c*quater [302] Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei für den Parallelimport zugelassenen Arzneimitteln

1 Ein für den Parallelimport zugelassenes Originalpräparat gilt als wirtschaftlich, wenn sein Fabrikabgabepreis mindestens 15 Prozent tiefer ist als der Preis des Originalpräparates in der Schweiz.

301 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
302 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

2 Wurde der Preis des Originalpräparats in der Schweiz bereits auf Generika-Preisniveau gesenkt, so hat das für den Parallelimport zugelassene Originalpräparat das Generika-Preisniveau einzuhalten.

Art. 65*d*[303] Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Allgemeines[304]

1 Das BAG überprüft sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, alle drei Jahre daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Die Arzneimittel werden aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer therapeutischen Gruppe der Spezialitätenliste in drei Einheiten aufgeteilt. Jede Einheit wird alle drei Jahre überprüft.

2 Der Auslandpreisvergleich wird auf der Basis der umsatzstärksten Packung durchgeführt.

3 Der therapeutische Quervergleich wird auf der Basis der kleinsten Packung der tiefsten Dosisstärke durchgeführt, es sei denn, die kleinste Packung der tiefsten Dosisstärke erlaubt insbesondere aufgrund unterschiedlicher Dosierungen bei Therapiebeginn, unterschiedlicher Packungsgrössen oder des gleichen Preises der verschiedenen Dosisstärken eines Arzneimittels keinen adäquaten Vergleich.[305]

4 Ergibt die Überprüfung, dass der geltende Höchstpreis zu hoch ist, so verfügt das BAG auf den 1. Dezember des Überprüfungsjahres eine Preissenkung auf den nach Artikel 65*b* Absatz 3 ermittelten Preis. Liegt der dem geltenden Höchstpreis zugrunde liegende Fabrikabgabepreis unter dem nach Artikel 65*b* Absatz 3 ermittelten Preis, so rechtfertigt dies keine Preiserhöhung.[306]

5 Die Zulassungsinhaberin hat dem BAG alle notwendigen Informationen bekannt zu geben.

6 Das BAG teilt der Inhaberin der Zulassung für ein Generikum den ab 1. Dezember vorgesehenen Preis des Originalpräparates mit.

Art. 65*d*[bis 307] Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Generika

1 Ein Generikum gilt bei der Überprüfung nach Artikel 65*d* Absatz 1 als wirtschaftlich, wenn sein Fabrikabgabepreis mindestens um einen der folgenden Prozentsätze tiefer ist als der am 1. Dezember des Überprüfungsjahres geltende Fabrikabgabepreis des entsprechenden Originalpräparates:

303 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009 (AS **2009** 4245). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
304 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
305 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
306 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
307 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

a. 15 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr 4 Millionen Franken nicht übersteigt;

b. 25 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr zwischen 4 Millionen und 8 Millionen Franken liegt;

c. 30 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr zwischen 8 Millionen und 16 Millionen Franken liegt;

d. 35 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr zwischen 16 Millionen und 25 Millionen Franken liegt;

e. 40 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr 25 Millionen Franken übersteigt.

2 Ist kein entsprechendes Originalpräparat in der Spezialitätenliste aufgeführt, so wird bei der Überprüfung nach Artikel 65*d* Absatz 1 ausschliesslich ein therapeutischer Quervergleich vorgenommen. Dieser Vergleich findet ausschliesslich mit Generika mit anderer Wirkstoffzusammensetzung statt, die ihrerseits wirtschaftlich sind.

Art. 65*d*ter [308] Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Biosimilars

Ein Biosimilar gilt bei der Überprüfung nach Artikel 65*d* Absatz 1 als wirtschaftlich, wenn sein Fabrikabgabepreis mindestens um einen der folgenden Prozentsätze tiefer ist als der am 1. Dezember des Überprüfungsjahres geltende Fabrikabgabepreis des entsprechenden Referenzpräparats:

a. 10 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Referenzpräparates und von dessen Biosimilars während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr 8 Millionen Franken nicht übersteigt;

b. 15 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Referenzpräparates und von dessen Biosimilars während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr zwischen 8 Millionen und 25 Millionen Franken liegt;

c. 20 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Referenzpräparates und von dessen Biosimilars während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr 25 Millionen Franken übersteigt.

308 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023 AS **2023** 570). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 8. Dez. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 794).

Art. 65*d*quater [309] Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Präparaten mit bekanntem Wirkstoff, die nicht als Generika in der Spezialitätenliste aufgeführt sind

1 Die Überprüfung nach Artikel 65*d* Absatz 1 eines Präparats mit bekanntem Wirkstoff, das nicht als Generikum in der Spezialitätenliste aufgeführt ist, richtet sich nach den Bestimmungen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 65*c*ter.

2 Ein Präparat mit bekanntem Wirkstoff nach Artikel 65*c*ter Absatz 3 gilt als wirtschaftlich, wenn sein Fabrikabgabepreis:

a. den am 1. Dezember des Überprüfungsjahres geltenden Fabrikabgabepreis des Generikums nicht übersteigt; oder

b. die am 1. Dezember des Überprüfungsjahres geltenden durchschnittlichen Fabrikabgabepreise der Generika mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung nicht übersteigt.

Art. 65*d*quinquies [310] Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von für den Parallelimport zugelassenen Arzneimitteln

Die Überprüfung nach Artikel 65*d* Absatz 1 eines für den Parallelimport zugelassenen Arzneimittels richtet sich nach den Bestimmungen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 65*c*quater.

Art. 65*e* [311] Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf

1 Das BAG überprüft Originalpräparate unmittelbar nach Ablauf des Patentschutzes daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen.

2 Im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs wird der Vergleich nach Artikel 65*b*bis Absatz 1 mit patentabgelaufenen Originalpräparaten durchgeführt. Für den Vergleich werden, sofern vorhanden, auch Präparate mit bekanntem Wirkstoff, die nicht als Generika in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, sowie Nachfolgepräparate ohne therapeutischen Fortschritt berücksichtigt. Ein allfälliger Innovationszuschlag wird nicht mehr berücksichtigt.[312]

3 Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit werden die Kosten für Forschung und Entwicklung nicht mehr berücksichtigt.

309 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
310 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
311 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009 (AS **2009** 4245 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
312 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

4 Ergibt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, dass der geltende Höchstpreis zu hoch ist, so verfügt das BAG eine Preissenkung auf den nach Artikel 65*b* Absatz 3 und Artikel 67 Absatz 4 ermittelten Höchstpreis.[313]

Art. 65*f*[314] Indikationserweiterung und Limitierungsänderung

1 Lässt die Swissmedic für ein Originalpräparat eine neue Indikation zu oder stellt die Zulassungsinhaberin ein Gesuch um Änderung oder Aufhebung einer Limitierung aufgrund einer Indikationserweiterung, so überprüft das BAG das Originalpräparat erneut daraufhin, ob die Aufnahmebedingungen erfüllt sind.

2 Das Originalpräparat gilt bis zur Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65*d* als wirtschaftlich, wenn die Zulassungsinhaberin beantragt, auf 35 Prozent des voraussichtlichen Mehrumsatzes zu verzichten; der Verzicht wird über eine Senkung des Fabrikabgabepreises umgesetzt. Ausgenommen sind Originalpräparate:

a. deren Marktvolumen aufgrund der Mengenausweitung voraussichtlich mehr als 20 Prozent höher sein wird als das Marktvolumen vor der Zulassung der neuen Indikation; oder

b. bei denen die voraussichtliche Erhöhung des Marktvolumens nicht bestimmbar ist, namentlich wenn:

   1. das Originalpräparat oder die neue Indikation befristet aufgenommen wurde und die Frist innerhalb der folgenden zwei Jahre abläuft,
   2. für dasselbe Originalpräparat mehrere neue Indikationen innert kurzer Zeit aufgenommen werden,
   3. in den bisher vergüteten Indikationen ein Umsatzwachstum von über 10 Prozent erwartet wird.[315]

3 Nach Ablauf von zwei Jahren prüft das BAG, ob der voraussichtliche Gesamtumsatz, einschliesslich Mehrumsatz, nach Absatz 2 mit dem tatsächlichen Gesamtumsatz, einschliesslich Mehrumsatz, übereinstimmt. Ergibt die Überprüfung, dass der voraussichtliche Gesamtumsatz, einschliesslich Mehrumsatz, überschritten wurde, so verfügt das BAG eine angemessene Preissenkung.[316]

4 Verzichtet die Zulassungsinhaberin auf einen Antrag nach Absatz 2 erster Satz oder liegt eine Ausnahme nach Absatz 2 zweiter Satz vor, so erfolgt eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 65*b*.

5 Erteilt die Swissmedic die Zulassung für eine neue Indikation eines Originalpräparates, so hat die Zulassungsinhaberin diese Erweiterung dem BAG innert 90 Tagen zu melden. Das BAG kann eine angemessene Nachfrist setzen und die Einreichung der

313 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
314 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013 (AS **2013** 1353). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255). Siehe auch die UeB Änd. 8.5.2013 am Schluss des Textes.
315 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
316 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

vom EDI für die Überprüfung der Aufnahmebedingungen festgelegten Unterlagen verlangen.

6 Sind die Aufnahmebedingungen für die neue Indikation nicht erfüllt, so kann das BAG das Originalpräparat auf die bisherige Indikation limitieren.

Art. 65*g*[317] Indikationseinschränkung

1 Schränkt die Swissmedic für ein Originalpräparat die Indikation ein, so passt das BAG die Limitierung in der Spezialitätenliste unverzüglich an. Es kann das Originalpräparat danach erneut daraufhin überprüfen, ob die Aufnahmebedingungen erfüllt sind, und von der Zulassungsinhaberin die dafür notwendigen Unterlagen einfordern.

2 Überprüft das BAG das Originalpräparat nicht nach Absatz 1 daraufhin, ob die Aufnahmebedingungen erfüllt sind, so gelten das Originalpräparat und dessen Generika oder Co-Marketing-Arzneimittel bis zur Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65*d* als wirtschaftlich. Der Preis darf wegen einer Indikationseinschränkung nicht erhöht werden.

3 Die Zulassungsinhaberin hat dem BAG innert 30 Tagen jede Einschränkung der Indikation durch die Swissmedic zu melden und ihm die vom EDI festgelegten Unterlagen innert 90 Tagen nachzureichen.

Art. 66[318] Unabhängigkeit der Preisüberprüfungen

Die Preisüberprüfungen nach den Artikeln 65*a*–65*g* werden unabhängig voneinander durchgeführt. Es sind mehrere Preissenkungen innerhalb eines Kalenderjahres möglich.

Art. 66*a*[319] Zwischenüberprüfung

Das BAG kann nach der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste jederzeit prüfen, ob die Aufnahmebedingungen noch erfüllt sind.

Art. 66*b*[320] Co-Marketing-Arzneimittel und Generika

1 Ist ein nach den Artikeln 65*a*–65*g* zu überprüfendes Originalpräparat auch Basispräparat für ein Co-Marketing-Arzneimittel, so wird das Co-Marketing-Arzneimittel gleichzeitig mit seinem Basispräparat überprüft. Ein Co-Marketing-Arzneimittel ist höchstens zu demselben Preis wirtschaftlich wie das Basispräparat.

317 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
318 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
319 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
320 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).

2 Erfährt ein Originalpräparat aufgrund einer Überprüfung nach Artikel 65*f* oder 65*g* eine Limitierung oder eine Limitierungsänderung, so verfügt das BAG für entsprechende Generika und Co-Marketing-Arzneimittel dieselbe Limitierung.

Art. 67[321] Preise

1 Die Spezialitätenliste enthält die bei Abgabe durch Apothekerinnen und Apotheker, Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler und Pflegeheime verbindlichen Publikumspreise als Höchstpreise.

2 Der Publikumspreis besteht aus dem Fabrikabgabepreis, dem Vertriebsanteil und der Mehrwertsteuer.

3 Der Fabrikabgabepreis gilt die Leistungen der Herstellungs- und der Vertriebsfirma bis zur Ausgabe ab Lager in der Schweiz ab. Er wird förmlich verfügt.

4 Der Vertriebsanteil gilt die logistischen Leistungen ab. Er setzt sich wie folgt zusammen:

a. für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung der Swissmedic verschreibungspflichtig sind, aus:
   1. einem im Verhältnis zur Höhe des Fabrikabgabepreises bemessenen Zuschlag (preisbezogener Zuschlag), namentlich für Kapitalkosten, Lagerhaltung und ausstehende Guthaben,
   2. einem Zuschlag je Packung, namentlich für Transport-, Infrastruktur- und Personalkosten;
b. für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung der Swissmedic nicht verschreibungspflichtig sind, aus einem preisbezogenen Zuschlag.

4bis Für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung gilt ein einheitlicher Vertriebsanteil.[322]

5 Für die Erhöhung der in der Spezialitätenliste festgesetzten Preise bedarf es einer Bewilligung des BAG. Die Bewilligung wird nur erteilt, wenn:

a. das Arzneimittel die Aufnahmebedingungen noch erfüllt; und
b. seit der Aufnahme oder der letzten Preiserhöhung mindestens zwei Jahre verstrichen sind.

Art. 67*a*[323] Rückerstattung von Mehreinnahmen

1 Übersteigt der bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste dem publizierten Höchstpreis zugrunde gelegte verfügte Fabrikabgabepreis den bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ermittelten Fabrikabgabepreis um mehr als 3 Prozent und betragen die dadurch erzielten Mehreinnahmen mindestens 20 000 Franken,

321 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
322 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Dez. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2024 (AS **2023** 794).
323 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).

so ist die Zulassungsinhaberin verpflichtet, die seit der Aufnahme erzielten Mehreinnahmen an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 KVG zurückzuerstatten.[324]

2 Die Zulassungsinhaberin ist zudem verpflichtet, der gemeinsamen Einrichtung die Mehreinnahmen zurückzuerstatten, die sie erzielt hat:

a.[325] während der Dauer eines Beschwerdeverfahrens, sofern zwischen dem während des Beschwerdeverfahrens geltenden Preis und dem nach Abschluss des Beschwerdeverfahrens rechtskräftigen neuen Preis eine Differenz besteht und die Zulassungsinhaberin durch diese Preisdifferenz Mehreinnahmen erzielt hat;

b. während zwei Jahren nach der Senkung des Fabrikabgabepreises gemäss Artikel 65*f* Absatz 2 erster Satz, sofern der effektive Mehrumsatz höher war als der bei der Senkung angegebene voraussichtliche Mehrumsatz.

3 Ist ein von Absatz 2 Buchstabe a betroffenes Arzneimittel Originalpräparat für ein Generikum, Basispräparat für ein Co-Marketing-Arzneimittel oder Referenzpräparat für ein Biosimilar, so ist die Zulassungsinhaberin des Generikums, des Co-Marketing-arzneimittels oder des Biosimilars verpflichtet, der gemeinsamen Einrichtung die Mehreinnahmen zurückzuerstatten, die sie während der Dauer des Beschwerdeverfahrens im Zusammenhang mit dem Originalpräparat, dem Basispräparat oder dem Referenzpräparat erzielt hat.[326]

Art. 68 Streichung

1 Ein in der Spezialitätenliste aufgeführtes Arzneimittel wird gestrichen, wenn:

a. es nicht mehr alle Aufnahmebedingungen erfüllt;

b. der in der jeweils geltenden Liste enthaltene Preis ohne Zustimmung des BAG erhöht wird;

c.[327] die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat die gemäss Artikel 65 Absatz 5 verfügten Auflagen und Bedingungen nicht erfüllt;

d.[328] die Zulassungsinhaberin direkt oder indirekt Publikumswerbung für das Arzneimittel betreibt;

e.[329] die Gebühren oder Kosten nach Artikel 70*b* nicht rechtzeitig entrichtet werden;

324 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
325 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
326 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
327 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
328 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
329 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

f.[330] die Zulassungsinhaberin sich weigert, die für die Überprüfungen nach den Artikeln 65*d*–65*g* notwendigen Unterlagen einzureichen;

g.[331] die Zulassungsinhaberin sich weigert, erzielte Mehreinnahmen nach Artikel 67*a* zurückzuerstatten.

2 …[332]

Art. 68*a*[333] Ende der Vergütungspflicht

1 Folgende Änderungen der Spezialitätenliste werden drei Monate nach ihrer Veröffentlichung wirksam:

a. Streichungen von Arzneimitteln der Spezialitätenliste (Art. 68) und von einzelnen Packungen eines Arzneimittels;

b. Indikationseinschränkungen (Art. 65*g*);

c. Streichungen einzelner Indikationen (Art. 65*f*).

2 Beim Vorliegen besonderer Gründe, namentlich aufgrund der Streichung einer Indikation aus Sicherheitsgründen oder aufgrund fehlender Wirksamkeit durch die Swissmedic, werden die Änderungen nach Absatz 1 mit der Veröffentlichung wirksam.

3 Befristungen im Rahmen von Neuaufnahmen, Indikationserweiterungen und Limitierungsänderungen laufen drei Monate nach Ablauf der Befristung gemäss Spezialitätenliste aus.

Art. 69[334] Gesuche

1 Das Gesuch um Aufnahme eines verwendungsfertigen Arzneimittels in die Spezialitätenliste ist beim BAG einzureichen.

2 Für jede Änderung eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels oder seines Preises ist ein neues Gesuch einzureichen. Bei Änderung in der Zusammensetzung der Wirkstoffe ist dem Gesuch die geänderte Zulassung der Swissmedic beizulegen.[335]

3 Aus den Unterlagen, die dem Gesuch beigelegt sind, muss hervorgehen, dass die Aufnahmebedingungen erfüllt sind.

4 Das Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste oder um Änderung der Spezialitätenliste kann eingereicht werden, wenn die von der Swissmedic im Rahmen des

330 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013 (AS **2013** 1353). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
331 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013 (AS **2013** 1353). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
332 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, mit Wirkung seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
333 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
334 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 2129).
335 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

Vorbescheids nach Artikel 8 der Arzneimittelverordnung vom 21. September 2018[336] bestätigten Angaben zur Indikation und zur Dosierung vorliegen. Das BAG tritt auf das Gesuch ein, sobald ihm die dazu gehörende Dokumentation vollständig vorliegt. Das EDI kann für einzelne Gesuche vorsehen, dass sie erst mit der Zulassung durch die Swissmedic eingereicht werden können.[337]

Art. 69*a*[338] Vorabklärung und vorzeitige Gesuchseinreichung

[1] Für komplexe Gesuche kann vor der Gesuchseinreichung beim BAG eine Vorabklärung beantragt werden. Die Vorabklärung dient der Klärung grundsätzlicher Fragen und führt zu einer unverbindlichen Einschätzung des BAG zum beabsichtigten Gesuch.

[2] Nach einer weiteren Vorabklärung unter Beizug der Swissmedic kann das Gesuch bereits vor dem Vorbescheid der Swissmedic beim BAG eingereicht werden (vorzeitige Gesuchseinreichung).

[3] Das EDI legt fest:

a. für welche Gesuche eine Vorabklärung beantragt werden kann;

b. unter welchen Voraussetzungen das Gespräch im Rahmen der Vorabklärung stattfindet;

c. unter welchen Voraussetzungen eine vorzeitige Gesuchseinreichung möglich ist.

Art. 69*b*[339] Vorübergehend nicht verfügbare Arzneimittel der Spezialitätenliste

[1] Ist ein in der Spezialitätenliste aufgeführtes Arzneimittel vorübergehend nicht verfügbar, so übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten eines in der Schweiz von der Swissmedic nicht zugelassenen verwendungsfertigen importierten Arzneimittels, sofern:

a. das Arzneimittel nach dem HMG eingeführt werden darf;

b. wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist; und

c. die beiden Arzneimittel wirkstoffgleich sind, die gleiche Indikation haben und eine vergleichbare Darreichungsform und Packungsgrösse aufweisen.

[2] Der Versicherer vergütet die effektiven Kosten. Der Leistungserbringer achtet bei der Auswahl des Landes, aus dem er das Arzneimittel importiert, auf die Kosten.

336 SR **812.212.21**. Der Verweis wurde in Anwendung von Art. 12 Abs. 2 des Publikationsgesetzes vom 18. Juni 2004 (SR **170.512**) auf den 1. Jan. 2019 angepasst.
337 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).
338 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
339 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

Art. 70[340] Aufnahme ohne Gesuch

Das BAG kann ein von der Swissmedic zugelassenes Arzneimittel oder eine von der Swissmedic zugelassene Indikation eines Arzneimittels auch ohne Gesuch der Zulassungsinhaberin oder gegen deren Antrag in die Spezialitätenliste aufnehmen oder darin belassen, sofern das Arzneimittel oder die Indikation für die medizinische Versorgung von grosser Bedeutung ist. Es legt den Preis fest.

Art. 70*a*[341] Nähere Vorschriften

Das EDI erlässt nähere Vorschriften:

a. zum Verfahren der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste;

b. über die Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitskriterien;

c.[342] zum Verfahren der Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach den Artikeln 65*d*–65*g*;

d.[343] zum Verfahren der Rückerstattung von Mehreinnahmen nach Artikel 67*a*.

Art. 70*b*[344] Gebühren

[1] Es werden Gebühren erhoben für:

a. Gesuche um Eintragung in die Spezialitätenliste;

b. die Vorabklärung beim BAG und die weitere Vorabklärung im Hinblick auf die vorzeitige Gesuchseinreichung unter Beizug von Swissmedic;

c. die Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre;

d. die einzelnen Einträge in die Spezialitätenliste.[345]

[1bis] Die Ansätze für die Gebühren sind in Anhang 1 festgelegt.[346]

[2] Ausserordentliche Auslagen, namentlich Auslagen für externe medizinische oder ökonomische Expertisen, können zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Der Stundenansatz beträgt 200 Franken.

[3] Für ausserordentliche Aufwendungen kann das BAG nach Massgabe des Zeitaufwandes Gebühren erheben. Der Stundenansatz beträgt je nach erforderlicher Sachkenntnis 100–250 Franken.

340 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
341 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
342 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
343 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1255).
344 Ursprünglich Art. 71. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 1353).
345 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).
346 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

4 Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004[347].

Art. 71[348] Veröffentlichungen

1 Das BAG veröffentlicht:

a. die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG);

b. die Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit des Originalpräparats, zum therapeutischen Quervergleich (Art. 65*b* Abs. 2 Bst. a) und zum Innovationszuschlag (Art. 65*b*[ter]), mit Ausnahme der Grundlagen zur Berechnung von vertraulichen Rückerstattungen der Zulassungsinhaberin, sowie den Preis aus dem Durchschnitt der Preise der Referenzländer beim Auslandpreisvergleich (Art. 65*b* Abs. 2 Bst. b) bezüglich folgender Gesuche, sofern die Eidgenössische Arzneimittelkommission konsultiert wird:
   1. Gesuch um Aufnahme eines Originalpräparates in die Spezialitätenliste,
   2. Gesuch um Indikationserweiterung (Art. 65*f*),
   3. Gesuch um Limitierungsänderung (Art. 65*f*),
   4. Gesuch um Preiserhöhung (Art. 67 Abs. 5);

c. bei einer Ablehnung der Aufnahme eines Originalpräparates in die Spezialitätenliste: die Gründe für die Ablehnung;

d. bei einer befristeten Aufnahme in die Spezialitätenliste nach Artikel 65 Absatz 5 Buchstabe a: die Dauer der Aufnahme;

e. bei Streichungen eines Arzneimittels aus der Spezialitätenliste (Art. 68): die Gründe für die Streichung;

f. nach Eingang eines Gesuchs um Neuaufnahme, Indikationserweiterung oder Limitierungsänderung eines Originalpräparates:
   1. den Namen des Arzneimittels,
   2. die Krankheit, für die die Vergütung einer Therapie beantragt wird,
   3. den Namen der Zulassungsinhaberin,
   4. die Gesuchsart,
   5. das Eingangsdatum des Gesuchs,
   6. den Status der Zulassung bei der Swissmedic zum Zeitpunkt des Gesuchseingangs;

g. im Rahmen der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre:
   1. die Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit des Originalpräparates, soweit diese zu einer Änderung der Spezialitätenliste führen,
   2. den Preis aus dem Durchschnitt der Preise der Referenzländer beim Auslandpreisvergleich,

347 SR **172.041.1**
348 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. April 2015 (AS **2015** 1255). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

3. die Grundlagen zum therapeutischen Quervergleich, insbesondere eine tabellarische Übersicht der Vergleichsarzneimittel und deren Kosten.

h. bei Preissenkungen: den Grund der Anpassung;

2 Bei hängigen Gesuchen zu Originalpräparaten kann es auf Anfrage von Dritten über den Stand des Verfahrens summarisch Auskunft geben. Es kann angeben, welche Aufnahmebedingungen (Art. 65 Abs. 3) sich noch in Abklärung befinden, ohne dies inhaltlich näher zu begründen. Die Auskunft erfolgt:

a. bei Gesuchen, die bereits mit Vorbescheid der Swissmedic beim BAG eingereicht wurden, frühestens 60 Tage nach der Zulassung durch die Swissmedic;

b. bei Gesuchen, die erst nach der Zulassung durch die Swissmedic beim BAG eingereicht wurden: frühestens 180 Tage nach der Gesuchseinreichung beim BAG.

3 Wird ein Entscheid des BAG mittels Beschwerde angefochten, so kann das BAG den Namen des von der Beschwerde betroffenen Arzneimittels und die Verfahrensart des angefochtenen Entscheides veröffentlichen.

4 Die Veröffentlichungen erfolgen über eine öffentlich zugängliche Online-Plattform.

4*a*. Abschnitt: Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall[349]

Art. 71*a*[350] Übernahme der Kosten eines Arzneimittels der Spezialitätenliste ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels für eine Anwendung ausserhalb der von der Swissmedic genehmigten Fachinformation oder ausserhalb der in der Spezialitätenliste festgelegten Limitierung nach Artikel 73, wenn:

a. der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht;

b. mit dem Einsatz des Arzneimittels von einem grossen therapeutischen Nutzen gegen eine Krankheit ausgegangen wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist; oder

c. der Einsatz des Arzneimittels einer Präventionsmassnahme nach Artikel 33 Buchstabe d im Rahmen einer Postexpositionsprophylaxe dient und ein allfälliger Ausbruch der Krankheit für die versicherte Person tödlich verlaufen oder

349 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

350 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011 (AS **2011** 653). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann.

2 Das EDI legt die Kategorien für die Bewertung des therapeutischen Nutzens nach Absatz 1 Buchstabe b fest.

3 Der Versicherer bestimmt nach Absprache mit der Zulassungsinhaberin ausgehend vom Fabrikabgabepreis die Höhe der Vergütung. Er muss gewährleisten, dass:

a. in Fällen nach Absatz 1 Buchstaben a und c ein Preisabschlag vom entsprechenden Fabrikabgabepreis der Spezialitätenliste vorgenommen wird; das EDI legt den Preisabschlag fest; dieser beträgt höchstens 30 Prozent;

b. in Fällen nach Absatz 1 Buchstabe b die übernommenen Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen; das EDI legt einen Preisabschlag gegenüber dem entsprechenden Fabrikabgabepreis der Spezialitätenliste gemäss den Kategorien für die Bewertung des therapeutischen Nutzens fest; der Preisabschlag beträgt höchstens 50 Prozent.

4 Der Versicherer darf einen höheren Preisabschlag, als in Absatz 3 festgelegt ist, vornehmen, wenn:

a. der Fabrikabgabepreis auf das durchschnittliche Generika- oder Biosimilar-Preisniveau zu senken ist; oder

b. Bedingungen und Auflagen, welche die Höhe der Vergütung betreffen, festgelegt wurden.

5 Bei sehr tiefen Jahres- oder Tagestherapiekosten kann der Versicherer von einem Preisabschlag absehen. Das EDI legt fest, welche Jahres- oder Tagestherapiekosten als sehr tief gelten.

Art. 71*b*[351] Übernahme der Kosten eines von der Swissmedic zugelassenen nicht in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines von der Swissmedic zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen ist, für eine Anwendung innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation, wenn mindestens eine der Voraussetzungen nach Artikel 71*a* Absatz 1 erfüllt ist.

2 Der Versicherer bestimmt nach Absprache mit der Zulassungsinhaberin die Höhe der Vergütung. Er muss gewährleisten, dass:

a. in Fällen nach Artikel 71*a* Absatz 1 Buchstaben a und c ein Preisabschlag vom mittels Auslandpreisvergleich nach Artikel 65*b*quater ermittelten Fabrikabgabepreis vorgenommen wird; das EDI legt den Preisabschlag fest; dieser beträgt höchstens 30 Prozent;

b. in Fällen nach Artikel 71*a* Absatz 1 Buchstabe b die übernommenen Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen; das

351 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011 (AS **2011** 653). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

EDI legt einen Preisabschlag gegenüber dem mittels Auslandpreisvergleich nach Artikel 65*b*quater ermittelten Fabrikabgabepreis gemäss den Kategorien für die Bewertung des therapeutischen Nutzens fest; der Preisabschlag beträgt höchstens 50 Prozent.

3 Bei sehr tiefen Jahres- oder Tagestherapiekosten kann der Versicherer von einem Preisabschlag absehen. Das EDI legt fest, welche Jahres- oder Tagestherapiekosten als sehr tief gelten.

Art. 71*c*[352] Übernahme der Kosten eines von der Swissmedic nicht zugelassenen importierten Arzneimittels

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines von der Swissmedic nicht zugelassenen verwendungsfertigen importierten Arzneimittels, wenn:

a. mindestens eine der Voraussetzungen nach Artikel 71*a* Absatz 1 erfüllt ist;

b. das Arzneimittel nach dem HMG eingeführt werden darf; und

c. das Arzneimittel in einem Land mit einem von der Swissmedic als gleichwertig anerkannten Zulassungssystem für die entsprechende Indikation zugelassen ist.

2 Der Versicherer bestimmt nach Absprache mit der Zulassungsinhaberin die Höhe der Vergütung. Der Versicherer kann vom Leistungserbringer verlangen, dass dieser das Arzneimittel aus dem Land importiert, bei dem die tiefsten Kosten für die Vergütung entstehen.

Art. 71*d*[353] Gemeinsame Bestimmungen

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

2 …[354]

3 Ist das Gesuch um Kostengutsprache vollständig, so entscheidet der Versicherer innert zwei Wochen darüber.

4 Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer die effektiven Kosten in Rechnung. Bei Arzneimitteln nach Artikel 71*a* wird der Höchstpreis der Spezialitätenliste in Rechnung gestellt, bei Arzneimitteln nach den Artikeln 71*b* und 71*c* der Preis, zu dem

352 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017 (AS **2017** 623). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

353 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 623).

354 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, mit Wirkung seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

das Arzneimittel vom Leistungserbringer bezogen wurde, zuzüglich des Vertriebsanteils nach Artikel 67 Absatz 4 und der Mehrwertsteuer.[355]

5 Ist absehbar, dass ein Gesuch um Vergütung eines wichtigen Arzneimittels für seltene Krankheiten nach Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a^{decies} Ziffer 1 HMG aufgrund Bewertung des therapeutischen Nutzens abgelehnt werden wird, und liegen keine klinischen Studien vor, so hört der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin mindestens einen klinischen Fachexperten oder eine klinische Fachexpertin an. Dieser oder diese gibt eine Empfehlung ab.[356]

6 Bei der Ablehnung eines Gesuchs um Vergütung eines Arzneimittels begründet der Versicherer den Entscheid gegenüber dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin und dem Patienten oder der Patientin. Erfolgt die Ablehnung aufgrund der Bewertung des therapeutischen Nutzens, so ist diese beizufügen.[357]

Art. 71*e*[358]

Art. 71*f*[359]

5. Abschnitt:[360] Gemeinsame Bestimmungen für die Analysenliste, die Arzneimittelliste mit Tarif und die Spezialitätenliste[361]

Art. 72[362]

Art. 73 Limitierungen

Die Aufnahme in eine Liste kann unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen.

355 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
356 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
357 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
358 Eingefügt durch Ziff. III der V vom 12. Mai 2021 (AS **2021** 274). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Dez. 2021, in Kraft vom 1. Jan. 2022 bis zum 31. Dez. 2022, verlängert bis zum 31. Jan. 2024 (AS **2021** 892; **2023** 791 Ziff. II 2).
359 Eingefügt durch Ziff. III der V vom 24. Aug. 2022, in Kraft vom 1. Sept. 2022 bis zum 31. Dez. 2023 (AS **2022** 467).
360 Ursprünglich 4. Abschn.
361 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
362 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Sept. 2023, mit Wirkung seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).

Art. 74 Gesuche und Vorschläge

Das BAG kann, nach Anhören der zuständigen Kommission, Weisungen über die Form, den Inhalt und die Einreichungsfrist von Gesuchen betreffend die Spezialitätenliste und Vorschläge betreffend die Analysenliste oder die Arzneimittelliste mit Tarif erlassen.

Art. 75[363] Nähere Vorschriften

Das EDI erlässt, nach Anhören der zuständigen Kommissionen, nähere Vorschriften über die Erstellung der Listen.

3*a*. Kapitel:[364] Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

1. Abschnitt: Kostenziele

Art. 75*a* Gesamtziele

[1] Der Bundesrat und die Kantone legen die Kostenziele nach Artikel 54 beziehungsweise 54*a* KVG für die gesamten Kosten der Leistungen fest.

[2] Sie gehen dabei von den notwendigen Kosten für die Deckung des medizinischen Bedarfs bei einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.

[3] Sie berücksichtigen namentlich:

a. die Entwicklung der Demografie und der Morbidität;
b. den medizinisch-technischen Fortschritt;
c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung;
d. das Potenzial zur Verbesserung der Effizienz.

[4] Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.

Art. 75*b* Ziele für die Kostengruppen

[1] Der Bundesrat legt zusätzlich zu den Zielen nach Artikel 75*a* Kostenziele namentlich für folgende Kostengruppen fest:

a. stationäre Behandlungen;
b. ambulante Behandlungen im Spital;
c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals;
d. Arzneimittel;
e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.

363 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).
364 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).

2 Für die Festlegung der Kostenziele für die Kostengruppen nach Absatz 1 ist Artikel 75*a* Absätze 2–4 anwendbar.

2. Abschnitt: Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Art. 75*c* Mitglieder

1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

2 Die Kommission besteht aus neun Mitgliedern; davon vertreten:

a. zwei Personen die Leistungserbringer;

b. eine Person die Kantone;

c. eine Person die Versicherer;

d. eine Person die Versicherten;

e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission (Art. 77*a*);

f. drei Personen die Wissenschaft.

3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.

Art. 75*d* Aufgaben und Kompetenzen

1 Die Kommission hat eine beratende Funktion im Zusammenhang mit der Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.

2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:

a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.

b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75*b*.

c. Sie gibt gestützt auf die Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.

3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere diejenigen des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.

Art. 75*e* Organisation

1 Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest; diese bedarf der Genehmigung des EDI.

2 Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.

Art. 75*f* Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission

1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.

2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.

4. Kapitel: Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Art. 76 Angaben über die erbrachten Leistungen

Die Versicherer können gemeinsam Angaben über Art und Umfang der von den verschiedenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen und die dafür in Rechnung gestellten Vergütungen bearbeiten, dies ausschliesslich zu folgenden Zwecken:

a. Analyse der Kosten und deren Entwicklung;

b. Kontrolle und Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen im Sinne von Artikel 56 KVG;

c. Gestaltung von Tarifverträgen.

Art. 76*a*[365] Weitergabe der Vergünstigung

1 Die Vergünstigung nach Artikel 56 Absatz 3 KVG ist durch den Leistungserbringer in der Rechnung nach Artikel 42 KVG aufzuführen und dem Schuldner der Vergütung weiterzugeben.

2 Fliessen die Vergünstigungen über niedrigere Kosten bereits in die Berechnung der Tarife und Preise der entsprechenden Leistung ein, so müssen diese nicht mehr im Rahmen der Rechnungsstellung separat ausgewiesen werden.

Art. 76*b*[366] Vereinbarung über die nicht vollumfängliche Weitergabe von Vergünstigungen

1 Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3[bis] KVG werden in erster Linie zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer abgeschlossen.

365 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 der V vom 10. April 2019 über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2019** 1395).

366 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 der V vom 10. April 2019 über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2019** 1395).

2 Die Vereinbarungen über die nicht vollumfängliche Weitergabe der Vergünstigung nach Artikel 56 Absatz 3bis KVG müssen schriftlich abgeschlossen werden und namentlich folgende Angaben enthalten:

a. Art und Umfang der Vergünstigung sowie Modalitäten zur transparenten Dokumentation in den Belegen und Rechnungen;

b. Verwendungszweck der nicht weitergegebenen Vergünstigung, einschliesslich des Ziels zur Verbesserung der Behandlungsqualität;

c. Modalitäten des Nachweises der Verbesserung der Behandlungsqualität;

3 Die nicht weitergegebenen Mittel werden in erster Linie zugunsten national ausgerichteter Programme zur Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt.

4 Die Versicherer und Leistungserbringer müssen das BAG über abgeschlossene Vereinbarungen unverzüglich informieren.

Art. 76*c*[367] Berichterstattung an das BAG

1 Die Versicherer erstatten dem BAG Bericht über die Einhaltung der Vereinbarung nach Artikel 76*b*. Sie reichen den Bericht unverzüglich nach Beendigung der Vereinbarung dem BAG ein. Bei mehrjährigen Projekten reichen sie jährlich Zwischenberichte ein.

2 Jeder Bericht sowie jeder Zwischenbericht enthält mindestens folgende Angaben:

a. Nachweis des Einsatzes der nicht weitergegebenen Vergünstigungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität;

b. Evaluation der durch die Vereinbarung erreichten Verbesserungen gegenüber der ursprünglichen Behandlungsqualität.

3 Die Evaluation muss durch eine unabhängige Organisation unter Anwendung von wissenschaftlichen Methoden nach anerkannten Standards oder Leitlinien durchgeführt werden.

Art. 77[368] Qualitätsverträge

1 Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer müssen die Qualitätsverträge an die Ziele des Bundesrates nach Artikel 58 KVG und die Empfehlungen der Eidgenössischen Qualitätskommission nach Artikel 58*c* Absatz 1 Buchstaben c und h KVG anpassen.

2 Sie müssen die Qualitätsverträge veröffentlichen.

367 Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 der V vom 10. April 2019 über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2019** 1395).

368 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).

Art. 77*a*[369] Eidgenössische Qualitätskommission

[1] Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Qualitätskommission.

[2] Die Kommission besteht aus 15 Mitgliedern; davon vertreten:

a. vier Personen die Leistungserbringer, wobei eine Person die Spitäler, eine Person die Ärzteschaft und eine Person die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner vertritt;

b. zwei Personen die Kantone;

c. zwei Personen die Versicherer;

d. zwei Personen die Versicherten und die Patientenorganisationen;

e. fünf Personen die Wissenschaft.

[3] Die Mitglieder der Kommission müssen über eine grosse Fachkompetenz im Bereich der Qualität der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Qualitätsmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.

[4] Für die Beratung von Themen, die nicht in der Kommission vertretene Kreise betreffen, müssen entsprechende Expertinnen und Experten beigezogen werden.

[5] Das Sekretariat der Kommission untersteht fachlich dem Präsidium der Kommission und administrativ dem BAG.

[5bis] Die Kommission koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.[370]

[6] Die Kommission erstellt jährlich einen Bericht zuhanden des Bundesrates und veröffentlicht diesen in geeigneter Form.

[7] Sie veröffentlicht ihre Reglemente und Berichte sowie die Dokumente, die mit den ihr nach Artikel 58*c* KVG zugewiesenen Aufgaben zusammenhängen.

Art. 77*b*[371] Daten der Kantone, der Leistungserbringer und der Versicherer

[1] Die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer müssen die Daten korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten liefern.

[2] Sie müssen die Daten in verschlüsselter Form elektronisch übermitteln.

[3] Stellen die Dritten bei der Erfüllung der Aufgaben, mit denen sie nach Artikel 58*c* Absatz 1 Buchstaben e und f KVG beauftragt wurden, Mängel in der Datenlieferung fest, so setzen sie dem Kanton, dem Leistungserbringer oder dem Versicherer eine

369 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
370 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Nov. 2025 (Kosten- und Qualitätsziele), in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 834).
371 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).

Nachfrist zur Lieferung korrekter und vollständiger Daten und informieren gleichzeitig die Eidgenössische Qualitätskommission.

Art. 77*c*[372] Aufbewahrung, Löschung und Vernichtung der Daten

[1] Für die Aufbewahrung, die Löschung und die Vernichtung der Daten durch die Dritten nach Artikel 77*b* Absatz 3 gilt Artikel 31*a* sinngemäss.

[2] Die Dritten informieren die Datenlieferanten nach Artikel 77*b* Absatz 1 und die Eidgenössische Qualitätskommission über die Löschung und die Vernichtung der Daten.

Art. 77*d*[373] Auswahlverfahren bei der Übertragung von Aufgaben mit Abgeltung

[1] Stehen für die Übertragung einer Aufgabe mehrere geeignete Personen oder Organisationen ausserhalb der Bundesverwaltung zur Auswahl, so führt die Eidgenössische Qualitätskommission ein transparentes, objektives und unparteiisches Auswahlverfahren durch.

[2] Die Ausschreibungsunterlagen enthalten insbesondere:

a. die Teilnahmebedingungen;

b. die Eignungskriterien, die insbesondere die fachliche, finanzielle, wirtschaftliche, technische und organisatorische Leistungsfähigkeit sowie die Erfahrung der Anbieterin betreffen können;

c. die Zuschlagskriterien.

[3] Steht für die Übertragung einer Aufgabe nur eine geeignete Person oder Organisation ausserhalb der Bundesverwaltung zur Verfügung, so kann die Aufgabe ohne Ausschreibung übertragen werden.

Art. 77*e*[374] Finanzhilfen

[1] Die Eidgenössische Qualitätskommission gewährt Finanzhilfen nach Artikel 58*e* Absatz 1 KVG an nationale oder regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung, wenn diese:

a. einen Beitrag an die Qualitätsentwicklung im Rahmen der Ziele nach Artikel 58 KVG leisten;

b. aufgrund von nachgewiesenem Handlungsbedarf ausgelöst wurden;

c. nach wissenschaftlichen Methoden und anerkannten Standards oder Leitlinien durchgeführt werden;

d. nicht zu Wettbewerbsverzerrung führen oder führen können.

372 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
373 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
374 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).

2 Die Gesuche um Finanzhilfen müssen eine umfassende Beurteilung der beabsichtigten Qualitätsentwicklung ermöglichen. Sie müssen insbesondere enthalten:

a. Angaben über die Gesuchstellerin oder den Gesuchsteller;

b. eine Projektbeschreibung mit Angaben zum Ziel, zum Handlungsbedarf, zum Vorgehen und zu den erwarteten Wirkungen;

c. die Modalitäten zur Überprüfung der Zielerreichung;

d. den Zeitplan für die Durchführung des Projekts;

e. einen Kostenvoranschlag;

f. Unterlagen, welche die Eigenfinanzierung ausweisen, mit einer Begründung, warum eine Realisierung des Projekts ohne finanzielle Unterstützung nicht möglich ist.

3 Die Eidgenössische Qualitätskommission erlässt Richtlinien über die Angaben und Unterlagen zu den Gesuchen nach Absatz 2.

4 Nach Projektabschluss ist der Eidgenössischen Qualitätskommission ein Bericht über die Ergebnisse des Projekts vorzulegen.

Art. 77*f*[375] Leistungsvereinbarungen bei Abgeltungen und Finanzhilfen

Die Leistungsvereinbarungen nach den Artikeln 58*d* Absatz 2 und 58*e* Absatz 2 KVG regeln insbesondere:

a. die zu erfüllenden Aufgaben;

b. die zu erreichenden Ziele;

c. das methodische Vorgehen;

d. die Bearbeitung, die Sicherheit und die Aufbewahrung der Daten;

e. die Modalitäten der Überprüfung der Zielerreichung;

f. die Höhe und die Dauer der finanziellen Beteiligung des Bundes;

g. die Zahlungsmodalitäten;

h. die Folgen der Nichterfüllung oder mangelhaften Erfüllung der Aufgaben;

i. die periodische Berichterstattung;

j. die periodische Vorlage von Budgetierung und Rechnungslegung;

k. die Anforderungen an den Bericht nach Artikel 77*e* Absatz 4.

375 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).

Art. 77*g*[376] Berechnung der Finanzierungsanteile der Kantone und der Versicherer

[1] Für die Ermittlung der Wohnbevölkerung nach Artikel 58*f* Absatz 4 KVG sind die Zahlen der letzten Erhebung für die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte massgebend.[377]

[2] Die Anzahl der Versicherten nach Artikel 58*f* Absatz 5 KVG bestimmt sich nach den Versichertenbeständen am 1. Januar.

[3] Das BAG berechnet die Anteile der Kantone und der Versicherer.

Art. 77*h*[378] Einforderung der Beiträge

[1] Das BAG fordert die Beiträge jeweils bis 30. April des Beitragsjahres bei den Kantonen und den Versicherern ein.

[2] Versicherer und Kantone, die den geschuldeten Beitrag nicht fristgerecht entrichten, schulden einen Verzugszins von fünf Prozent pro Jahr.

Art. 77*i*[379] Abrechnung

Das BAG erstellt die Abrechnung für den Beitrag des Bundes, der Kantone und der Versicherer jeweils auf den 31. März des dem Beitragsjahr folgenden Kalenderjahres. Ergibt sich in der Abrechnung eine Über- oder Unterdeckung, so wird der entsprechende Betrag pro Kanton und Versicherer auf das nächste Beitragsjahr übertragen.

Art. 77*j*[380] Bussen und Sanktionen

[1] Finanzielle Mittel aus Bussen und Sanktionen eines kantonalen Schiedsgerichts wegen Nichteinhaltung der Massnahmen nach den Artikeln 58*a* und 58*h* KVG werden für die Finanzierung der Kosten nach Artikel 58*f* Absatz 1 KVG verwendet.

[2] Das kantonale Schiedsgericht leitet die finanziellen Mittel aus Bussen und Sanktionen jeweils auf den 1. Januar des Folgejahres dem BAG weiter.

Art. 77*k*[381] Qualitätssicherung

Das EDI setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58*h* Absatz 1 KVG fest.

376 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
377 Fassung gemäss Anhang 3 Ziff. 17 der Bundesstatistikverordnung vom 30. April 2025, in Kraft seit 1. Juni 2025 (AS **2025** 318).
378 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
379 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
380 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).
381 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, in Kraft seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).

Art. 77*k*bis [382] Zugriff auf den Dienst zur Abfrage der Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen

[1] Die Behörden nach Artikel 59*a*bis KVG können auf den Dienst zur Abfrage der Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen nach Artikel 39 Buchstabe b der Verordnung vom 22. März 2017[383] über das elektronische Patientendossier zugreifen.

[2] Das BAG vergibt die Zugriffsberechtigungen.

4*a*. Titel:[384] Pilotprojekte

Art. 77*l* Gesuch

[1] Das Gesuch um Bewilligung eines Pilotprojekts ist beim BAG einzureichen. Es kann namentlich von einem oder mehreren Kantonen, einem oder mehreren Leistungserbringern, einem oder mehreren Versicherern oder einer oder mehreren Patientenorganisationen eingereicht werden.

[2] Es muss mindestens umfassen:

a. Name oder Bezeichnung der Gesuchsteller;

b. ausführliche Beschreibung des Pilotprojekts, der geplanten Massnahmen, der angestrebten Ziele, der erwarteten Wirkung und der Auswirkungen namentlich auf Kantone, Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte;

c. Bestimmungen des KVG und dieser Verordnung, von denen abgewichen werden soll, und die an ihrer Stelle anwendbare Regelung;

d. Kriterien für die Teilnahme am Pilotprojekt einschliesslich der Frist, innerhalb derer der Widerruf der Zustimmung zur Teilnahme wirksam wird;

e. Evaluationskonzept mit Angaben zu den regelmässigen Evaluationen und zur Schlussevaluation;

f. Finanzierungskonzept für das Pilotprojekt und die Evaluationen;

g. Zeitplan für die Durchführung des Pilotprojekts und der Evaluationen.

Art. 77*m* Kosten

Die Kosten für das Pilotprojekt und die Evaluationen, sowie die mit der Wiederherstellung des vor dessen Durchführung bestehenden Zustands verbundenen Verwaltungskosten gehen zulasten der Inhaber der Bewilligung für das Pilotprojekt.

382 Eingefügt durch Art. 8 Ziff. 2 der V vom 28. Aug. 2024 über die Finanzhilfen für das elektronische Patientendossier, in Kraft seit 1. Okt. 2024 (AS **2024** 461).
383 SR **816.11**
384 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Nov. 2022, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 814).

Art. 77*n* Bewilligung

[1] Das EDI bewilligt nur Pilotprojekte, mit denen Massnahmen erprobt werden, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

a. Die Massnahmen sind in Bezug auf das geltende Recht innovativ.

b. Die Massnahmen eignen sich dazu, eines der Ziele nach Artikel 59*b* Absatz 1 KVG in einem der Bereiche nach Artikel 59*b* Absatz 2 KVG zu erreichen.

c. Die Massnahmen eignen sich dazu, in das KVG aufgenommen zu werden.

[2] Die Bewilligungsverfügung enthält namentlich:

a. die Namen der Gesuchsteller;

b. die erwartete Wirkung und die Auswirkungen namentlich auf Kantone, Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte;

c. das Evaluationskonzept;

d. die Namen einer oder mehrerer unabhängigen Fachpersonen für die Evaluationen des Pilotprojekts.

[3] Das EDI verweigert die Bewilligung, wenn für die Versicherten bei einer Teilnahme am Pilotprojekt das Recht auf Übernahme der Kosten von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gewährleistet ist.

[4] Es widerruft die Bewilligung, wenn sich vor Abschluss des Pilotprojekts herausstellt, dass die erwartete Wirkung nicht erreicht werden kann oder die Rechte der Versicherten verletzt werden.

[5] Das BAG informiert die Öffentlichkeit regelmässig über die laufenden Pilotprojekte.

Art. 77*o* Verordnungen des EDI zu den Pilotprojekten

[1] Zusätzlich zu den Punkten nach Artikel 59*b* Absatz 5 KVG legt die Verordnung des EDI zum jeweiligen Pilotprojekt fest:

a. die Voraussetzungen für die Teilnahme;

b. die Massnahmen, die mit dem Pilotprojekt umgesetzt werden können;

c. die angestrebten Ziele;

d. der räumliche Anwendungsbereich des Pilotprojekts;

e. die Laufzeit des Pilotprojekts;

f. die Frist, innerhalb derer der Widerruf einer versicherten Person der Zustimmung zur Teilnahme am Pilotprojekt wirksam wird.

[2] Die Laufzeit des Pilotprojekts beträgt höchstens drei Jahre. Sie kann einmal verlängert werden.

[3] Die Frist nach Absatz 1 Buchstabe f darf höchstens bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres dauern. Die Kündigungsfrist muss mindestens einen Monat betragen.

[4] Das EDI hebt die Verordnung zum Pilotprojekt auf, wenn es die Bewilligung für das Pilotprojekt widerruft.

Art. 77*p* Teilnahme

[1] Am Pilotprojekt dürfen nur Versicherte teilnehmen, die der Teilnahme ausdrücklich zugestimmt haben, nachdem sie über die Auswirkungen dieser Teilnahme auf ihre Rechte und Pflichten informiert worden sind.

[2] Sie können die Zustimmung widerrufen.

Art. 77*q* Evaluationen

[1] Das Pilotprojekt muss während seiner Umsetzung regelmässig evaluiert werden. Nach Abschluss des Projekts muss eine Schlussevaluation durchgeführt werden.

[2] In den Evaluationsberichten muss insbesondere beurteilt werden:

a. ob das Pilotprojekt das angestrebte Ziel erreicht;

b. welchen Einfluss die Massnahmen des Pilotprojekts auf das Gesundheitssystem haben;

c. ob es einen Konflikt zwischen den Massnahmen des Pilotprojekts und gesetzlichen Bestimmungen gibt, zu denen in der Verordnung keine Abweichung vorgesehen ist;

d. ob die erprobten Massnahmen in das KVG aufgenommen werden können.

Art. 77*r* Berichterstattung an den Bundesrat

[1] Das EDI prüft die Evaluationsberichte.

[2] Auf der Grundlage dieser Prüfung erstattet es dem Bundesrat Bericht über:

a. die Wirkung der erprobten Massnahmen auf die Kostendämpfung, die Stärkung der Qualität oder die Förderung der Digitalisierung;

b. die Auswirkungen der Massnahmen namentlich auf Kantone, Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte.

[3] Erscheint es nach der Prüfung der Berichte zu den Zwischenevaluationen sinnvoll, dass die Bestimmungen nach Abschluss des Pilotprojekts gemäss Artikel 59*b* Absatz 7 KVG anwendbar bleiben, so kann das EDI dem Bundesrat bereits vor der Schlussevaluation Bericht erstatten.

5. Titel: Finanzierung

1. Kapitel: …

Art. 78[385]

Art. 78*a*–78*c*[386]

Art. 79[387]

Art. 80[388]

Art. 80*a*–80*i*[389]

Art. 81–85[390]

Art. 85*a*[391]

Art. 86–88[392]

385 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

386 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011 (AS **2011** 3449). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

387 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3449).

388 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

389 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010 (AS **2010** 6155). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

390 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

391 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003 (AS **2003** 3249). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

392 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).

2. Kapitel: Prämien der Versicherten
1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 89 Angabe der Prämien

Der Versicherer hat gegenüber jeder versicherten Person klar zu unterscheiden zwischen den Prämien:

a.[393] der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wobei der Prämienanteil für den Einschluss des Unfallrisikos gesondert aufzuführen ist;

b. der Taggeldversicherung;

c. der Zusatzversicherungen;

d. der weiteren Versicherungsarten.

Art. 90[394] Prämienbezahlung

Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen.

Art. 90*a*[395] Vergütungszinsen

[1] Vergütungszinsen nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG werden ausgerichtet für nicht geschuldete Prämien, die vom Versicherer zurückerstattet oder verrechnet werden, sowie für vom Versicherer zu ersetzende Prämiendifferenzen nach Artikel 7 Absätze 5 und 6 KVG, sofern die Forderung 3 000 Franken übersteigt und vom Versicherer nicht innert sechs Monaten beglichen wird.

[2] Der Satz für den Vergütungszins beträgt 5 Prozent im Jahr. Für die Berechnung gelten die Vorschriften von Artikel 7 der Verordnung vom 11. September 2002[396] über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts sinngemäss.

Art. 90*b*[397]

Art. 90*c*[398] Minimale Prämie

[1] Die Prämie der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 beträgt mindestens 50 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung für die Prämienregion und Altersgruppe des Versicherten.

393 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
394 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).
395 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
396 SR **830.11**
397 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS **2006** 1717). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Aug. 2009 (AS **2009** 3525).
398 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

2 Die Prämienermässigungen für die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 sind so auszugestalten, dass die Prämienermässigung bei Sistierung der Unfalldeckung gewährt werden kann, ohne dass die minimale Prämie nach Absatz 1 unterschritten wird.

Art. 91 Abstufung der Prämien

1 Ein Bestand gilt als sehr klein im Sinne von Artikel 61 Absatz 2 KVG, wenn die Kosten einer einzelnen versicherten Person einen erheblichen Einfluss auf die Prämien der Versicherten des Bestandes ausüben, namentlich wenn der Versichertenbestand weniger als 300 Personen umfasst.[399]

1bis Nimmt ein Versicherer seine Tätigkeit neu auf oder erweitert er seinen örtlichen Tätigkeitsbereich, so legt er für die sehr kleinen Bestände seine Prämie so fest, dass sie einen bestimmten Minimalbetrag nicht unterschreitet.[400]

1ter Der Minimalbetrag nach Absatz 1bis entspricht dem Durchschnitt aller Prämien des laufenden Jahres für die betreffenden Prämienregion und Altersgruppe. Das BAG teilt den Versicherern jährlich diesen Betrag mit.[401]

2 Für Personen nach den Artikeln 4 und 5, die ihren Wohnort ausserhalb eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands, Norwegens und des Vereinigten Königreichs haben und die in der Schweiz versichert sind, muss der Versicherer eine Prämie nach den ausgewiesenen Kosten festlegen. Ist dies angesichts der Anzahl der betroffenen Personen unverhältnismässig, so kann der Versicherer bei diesen Personen die Prämien am letzten Wohnort in der Schweiz oder am Sitz des Versicherers anwenden.[402]

3 Die Abstufung nach Altersgruppen für Versicherte nach Artikel 61 Absatz 3 KVG erfolgt aufgrund der Geburtsjahre.

Art. 91*a*[403] Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung

1 …[404]

399 Fassung gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
400 Eingefügt durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
401 Eingefügt durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
402 Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).
403 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
404 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

2 Die Versicherer müssen die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine obligatorische Versicherung nach dem UVG[405] abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren.[406]

3 Die Versicherer können die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine freiwillige Versicherung oder eine Abredeversicherung nach dem UVG abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfalldeckung reduzieren.[407]

4 Die Prämien dürfen nur um den Prämienanteil für die Unfalldeckung reduziert werden, höchstens aber um 7 Prozent.[408]

Art. 91*b*[409] Verfahren zur Festlegung der Prämienregionen

1 Das EDI überprüft periodisch, ob die Prämienregionen noch sachgerecht sind. Die Kantone können für ihr Gebiet eine Änderung oder eine Reduktion der Prämienregionen vorschlagen.

2 Das EDI konsultiert die Kantone, bevor es die Prämienregionen ändert.

3 Im Falle einer Gemeindefusion macht der Kanton dem EDI einen Vorschlag, in welche Prämienregion die neue Gemeinde eingeteilt werden soll.

Art. 92[410] Mittlere Prämie

1 Das EDI berechnet jährlich die mittlere Prämie eines Kantons, indem es die Summe der in Rechnung gestellten Prämien der Versicherten dieses Kantons durch die durchschnittliche Anzahl der Versicherten dieses Kantons teilt. Analog dazu berechnet es die mittlere Prämie für die Schweiz.

2 Es berechnet die mittlere Prämie für das kommende Kalenderjahr (mittlere Prämie a priori) anhand der Schätzungen der Versicherer.

3 Es berechnet die mittlere Prämie für das Vorjahr (mittlere Prämie a posteriori) anhand der Angaben der Versicherer.

4 Es publiziert jährlich die mittleren Prämien, geordnet nach den Alterskategorien Kinder, junge Erwachsene und Erwachsene und über sämtliche Alterskategorien.

5 Es kann Einzelheiten zur Berechnung der mittleren Prämien festlegen.

405 SR **832.20**
406 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
407 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
408 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
409 Eingefügt durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
410 Fassung gemäss Art. 26 Ziff. 1 der V vom 12. Sept. 2025 über die Beiträge der Kantone und des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, in Kraft seit 1. Jan. 2026 (AS **2025** 581).

1*a*. Abschnitt:[411]
Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich[412]

Art. 92*a* Prämienerhebung

Wohnt die versicherte Person im Ausland, so erhebt der Versicherer die Prämien in Schweizer Franken oder in Euro. Der Versicherer kann die Prämien ohne Zustimmung der versicherten Person quartalsweise erheben.

Art. 92*b* und **92*c***[413]

1*b*. Abschnitt:[414]
Prämien von nothilfeberechtigten Personen nach Artikel 82 AsylG[415]

Art. 92*d*

[1] Auf nothilfeberechtigte Personen nach Artikel 82 AsylG[416] sind die Artikel 82*a* AsylG und 105*a* KVG sinngemäss anwendbar.

[2] Die Fälligkeit der Prämien einer nothilfeberechtigten Person wird auf Verlangen des Kantons auf den von diesem angegebenen Zeitpunkt sistiert.

[3] Wird dem Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme gestellt und übernimmt der Kanton nicht selbst die Kosten der Leistungen, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, so sind die Prämien, deren Fälligkeit sistiert wurde, rückwirkend auf den Zeitpunkt der Sistierung geschuldet. Sie werden um einen Aufschlag von 25 Prozent erhöht, wobei dieser Aufschlag für höchstens zwölf Monatsprämien zu leisten ist.

[4] Sobald die Prämien und der Aufschlag bezahlt sind, übernimmt der Versicherer die Kosten für sämtliche Leistungen, die während der Sistierungsperiode erbracht wurden.

[5] Auf Verlangen des Kantons wird nach Bezahlung der Prämien, der Kostenbeteiligung und des Aufschlags die Fälligkeit von späteren Prämien erneut sistiert.

[6] Die versicherte Person kann den Versicherer nicht wechseln, solange die Prämien, die Kostenbeteiligung und der Aufschlag nicht bezahlt sind. Artikel 7 Absatz 4 KVG bleibt vorbehalten.

411 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
412 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
413 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
414 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juli 2011, in Kraft seit 1. Aug. 2011 (AS **2011** 3535). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
415 SR **142.31**
416 SR **142.31**

7 Die Sistierung der Fälligkeit der Prämien wird ohne rückwirkende Bezahlung der vorherigen Prämien ab dem ersten Tag des Monats aufgehoben, in dem eine versicherte Person:

a.[417] nach Artikel 83 AIG[418] vorläufig aufgenommen wird;

b. nach den Artikeln 66 ff. AsylG als schutzbedürftige Person oder nach Artikel 3 AsylG als Flüchtling anerkannt wird; oder

c. eine Aufenthaltsbewilligung erhält.

8 Wird die Sistierung der Fälligkeit der Prämien nach Absatz 7 aufgehoben, so ist die Bezahlung der vorherigen Prämien geschuldet, wenn während der Sistierungsperiode Leistungen bezogen wurden. Sind diese Prämien beglichen, so darf die versicherte Person den Versicherer unter den Voraussetzungen von Artikel 7 KVG wechseln.

9 Die Versicherung endet fünf Jahre nach dem Zeitpunkt der Rechtskraft des Wegweisungsentscheids, sofern die betroffene Person die Schweiz wahrscheinlich verlassen hat.

2. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Art. 93 Versicherung mit wählbaren Franchisen
a. Wählbare Franchisen

1 Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der Versicherte eine höhere Franchise als nach Artikel 103 Absatz 1 wählen können (wählbare Franchisen). Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene und junge Erwachsene 500, 1 000, 1 500, 2 000 und 2 500 Franken, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Ein Versicherer kann für Erwachsene und junge Erwachsene unterschiedliche Franchisen anbieten. Die Angebote des Versicherers müssen für den ganzen Kanton gelten.[419]

2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts entspricht jenem von Artikel 103 Absatz 2.

3 Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so darf ihre Kostenbeteiligung das Zweifache des Höchstbetrages je Kind (wählbare Franchise und Selbstbehalt nach Art. 103 Abs. 2) nicht übersteigen. Wurden für die Kinder unterschiedliche Franchisen gewählt, so setzt der Versicherer die Höchstbeteiligung fest.

Art. 94 b. Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

417 Berichtigung vom 29. Nov. 2016 (AS **2016** 4195).
418 SR **142.20**
419 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Mai 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 3437).

2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine Bonusversicherung oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.[420]

3 Wechselt die versicherte Person den Versicherer auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 KVG während des Kalenderjahres, so behält sie die beim bisherigen Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt. Artikel 103 Absatz 4 ist sinngemäss anwendbar.[421]

Art. 95 c. Prämien

1 Die Prämien für die Versicherung mit wählbaren Franchisen müssen von denjenigen der ordentlichen Versicherung ausgehen. Die Versicherer haben dafür zu sorgen, dass die Versicherten beider Versicherungsformen im versicherungstechnisch erforderlichen Masse an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

1bis Die Versicherer legen den Betrag, um den sie eine Prämie herabsetzen, aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse fest. Sie halten die in Absatz 2bis und Artikel 90*c* vorgeschriebenen maximalen Prämienreduktionen ein.[422]

2 …[423]

2bis Die Prämienreduktion je Kalenderjahr darf nicht höher sein als 70 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen.[424]

3 …[425]

Art. 96 Bonusversicherung
a. Grundsatz

1 Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der eine Prämienermässigung gewährt wird, wenn die versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat (Bonusversicherung). Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention.

2 Als Periode für die Feststellung, ob Leistungen in Anspruch genommen worden sind, gilt das Kalenderjahr. Die Versicherer können jedoch eine um höchstens drei Monate vorverlegte Beobachtungsperiode vorsehen. In diesem Fall verkürzt sich im

420 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 20. Nov. 2024, in Kraft seit 1. Jan. 2025 (AS **2024** 697).
421 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).
422 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000 (AS **2000** 889). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
423 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, mit Wirkung seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).
424 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003 (AS **2003** 3249). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS **2009** 4245).
425 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 889).

ersten Jahr der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung die Beobachtungsperiode entsprechend.

3 Als Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Leistung gilt das Behandlungsdatum. Die Versicherer regeln, innert welcher Frist die Versicherten ihnen die Rechnungen einreichen müssen.

4 Die Bonusversicherung darf nicht in Verbindung mit einer wählbaren Franchise nach Artikel 93 angeboten werden.

Art. 97 b. Bei- und Austritt

1 Die Bonusversicherung steht sämtlichen Versicherten offen. Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung zur Bonusversicherung ist nur auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.

2 Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.[426]

3 Wechselt die versicherte Person den Versicherer auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 KVG während des Kalenderjahres, so hat der übernehmende Versicherer die leistungsfreie Zeit in der Bonusversicherung des bisherigen Versicherers anzurechnen, sofern er die Bonusversicherung führt und die versicherte Person dieser beitritt.[427]

Art. 98 c. Prämien

1 Die Versicherer haben die Prämien der Bonusversicherung so festzusetzen, dass die Versicherten der ordentlichen Versicherung und der Bonusversicherung im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

2 Die Ausgangsprämien der Bonusversicherung müssen 10 Prozent höher sein als die Prämien der ordentlichen Versicherung.

3 In der Bonusversicherung gelten folgende Prämienstufen:

Prämienstufen	Bonus in % der Ausgangsprämie
4	0
3	15
2	25
1	35
0	45

426 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).
427 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).

4 Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsttiefere Prämienstufe. Massgebend für die Prämienermässigung sind allein die leistungsfreien Jahre während der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung.

5 Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsthöhere Prämienstufe.

Art. 99 Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer
a. Grundsatz

1 Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist.

1bis Die Versicherungen nach Absatz 1 dürfen nicht die obligatorische Teilnahme an Programmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit vorsehen.[428]

2 Bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten.[429]

Art. 100 b. Bei- und Austritt

1 Die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer stehen sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet offen, in dem der Versicherer die betreffende Versicherungsform betreibt.

2 Der Wechsel von einer Versicherung ohne eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist jederzeit möglich. Artikel 97 Absatz 2 bleibt vorbehalten.[430]

3 Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.[431]

4 Der Wechsel des Versicherers während des Kalenderjahres auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 KVG bleibt vorbehalten.[432]

Art. 101 c. Prämien

1 Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sind keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der

428 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
429 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).
430 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 20. Nov. 2024, in Kraft seit 1. Jan. 2025 (AS **2024** 697).
431 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).
432 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).

Prämien hat der Versicherer die Verwaltungskosten und allfällige Rückversicherungsprämien einzurechnen und darauf zu achten, dass die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

2 Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein.

3 Liegen noch keine Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vor, dürfen die Prämien um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen.

4 Erbringt eine Institution, die der Durchführung einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer dient, ihre Leistungen für Versicherte von mehreren Versicherern, kann für die Versicherten eine einheitliche Prämie festgelegt werden.

Art. 101*a*[433] Besondere Versicherungsformen für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich

Die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 stehen nicht offen für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen.

3. Abschnitt: Entschädigungen an Dritte

Art. 102

1 Die Entschädigung an Dritte nach Artikel 63 KVG darf die Kosten nicht übersteigen, die dem Versicherer für die dem Dritten übertragenen Aufgaben entstehen würden.

2 Die Entschädigung zählt zu den Verwaltungskosten des Versicherers. Sie darf den Versicherten nicht als Prämienermässigung weitergegeben werden.

433 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

3. Kapitel: Kostenbeteiligung

Art. 103 Franchise und Selbstbehalt

[1] Die Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a KVG beträgt 300 Franken je Kalenderjahr.[434]

[2] Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b KVG beläuft sich auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder.[435]

[3] Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

[4] Bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahrs rechnet der neue Versicherer die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Wurden keine Franchise und kein Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter dem Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die Versicherten.

[5] Die Versicherer können für Erwachsene, bei denen der Versicherungsschutz auf weniger als ein Kalenderjahr angelegt ist, eine Pauschale für Franchise und Selbstbehalt bei Inanspruchnahme von Leistungen erheben. Diese Pauschale beträgt 250 Franken innerhalb eines Zeitraumes von 90 Tagen. Sie darf nicht in Verbindung mit besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101*a* angeboten werden.[436]

[6] Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Liechtenstein, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und die bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95*a* KVG oder internationaler Vereinbarungen Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben, wird eine Pauschale für Franchise und Selbstbehalt erhoben. Die Pauschale beträgt für Erwachsene 92 Franken und für Kinder 33 Franken innerhalb eines Zeitraumes von 30 Tagen.[437]

[7] Für Versicherte, in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und in der Schweiz versichert sind, gelten die Absätze 1–4 sinngemäss.[438]

434 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
435 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).
436 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).
437 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).
438 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

Art. 104[439] Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts

[1] Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 KVG beträgt 15 Franken.

[1bis] Er ist nicht zu leisten:

a. für den Austrittstag;

b. für Urlaubstage, wobei diese nach den Regeln der anwendbaren Tarifstruktur nach Artikel 49 Absatz 1 KVG, wie sie vom Bundesrat genehmigt oder festgelegt wurden, berechnet werden.[440]

[2] Keinen Beitrag haben zu entrichten:

a. Kinder nach Artikel 61 Absatz 3 KVG;

b. junge Erwachsene nach Artikel 61 Absatz 3 KVG, die in Ausbildung sind;

c.[441] Frauen, bei denen die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 Absatz 7 KVG entfällt.

Art. 104*a*[442] Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung

[1] Das EDI bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a KVG eine höhere Kostenbeteiligung zu entrichten ist, und bestimmt deren Höhe. Es kann auch eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen, wenn die Leistungen:

a. während einer bestimmten Zeit erbracht worden sind;

b. einen bestimmten Umfang erreicht haben.

[1bis] Das EDI bezeichnet die Arzneimittel, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a KVG ein höherer Selbstbehalt zu entrichten ist, und bestimmt dessen Höhe.[443]

[2] Ist ein höherer als der in Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b KVG festgelegte Selbstbehalt zu entrichten, wird der den gesetzlichen Ansatz übersteigende Betrag nur zur Hälfte an den Höchstbetrag nach Artikel 103 Absatz 2 angerechnet.

[3] Das EDI bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe b KVG die Kostenbeteiligung herabgesetzt oder aufgehoben ist. Es bestimmt die Höhe der herabgesetzten Kostenbeteiligung.

[3bis] Das EDI bezeichnet die Leistungen, welche nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG von der Franchise ausgenommen sind.[444]

439 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2010** 6161).
440 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Mai 2021, in Kraft seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 323).
441 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS **2013** 4523). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.
442 Ursprünglich: Art. 105.
443 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5639).
444 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

4 Vor Erlass der Bestimmungen nach den Absätzen 1, 3 und 3bis hört das EDI die zuständige Kommission an.[445]

Art. 105[446] Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

1 Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Schwangerschaft begleitet, ermittelt den mutmasslichen Beginn der 13. Schwangerschaftswoche und gibt ihn auf der Rechnung an.

2 Eine Totgeburt nach der 23. Schwangerschaftswoche gilt als Niederkunft.

3 Die Frist nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG endet am 56. Tag nach der Niederkunft um 24 Uhr.

3*a*. Kapitel:[447] Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 105*a* Verzugszins

Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG beträgt 5 Prozent im Jahr.

Art. 105*b*[448] Mahnverfahren

1 Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen.

2 Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht. Das EDI legt die Höchstbeträge dieser Gebühren fest.[449]

Art. 105*c*[450] Ausschluss der Verrechnung

Der Versicherer darf die Versicherungsleistungen nicht mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

445 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).
446 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS **2013** 4523).
447 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).
448 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
449 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 751).
450 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).

Art. 105*d*[451] Meldung der zuständigen kantonalen Behörde

Der Kanton meldet dem Versicherer die zuständige kantonale Behörde.

Art. 105*e*[452] Meldungen über Betreibungen

[1] Bei der Bekanntgabe von Betreibungen meldet der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Daten nach Artikel 105*g* zu den Schuldnerinnen und Schuldnern. Versichert er diese nicht, so muss er diese Daten nur melden, soweit sie ihm bekannt sind. Betrifft die Betreibung weitere Personen, so meldet der Versicherer zudem die Daten nach Artikel 105*g* zu diesen Personen.[453]

[1bis] Teilt eine versicherte Person ihrem Versicherer mit, dass ihre Prämien von einer juristischen Person bezahlt werden, so meldet der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde den Namen dieser juristischen Person und deren eidgenössische Unternehmensidentifikationsnummer, sofern diese ihm bekannt ist.[454]

[2] Der Kanton kann den Versicherer anhalten, das Betreibungsverfahren nicht fortzusetzen, bis er entschieden hat, ob er die Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt.

Art. 105*f*[455] Meldungen über Verlustscheine und andere Forderungen

[1] Der Versicherer meldet den Verlustschein sowie andere Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 3[bis] KVG dem Kanton, in dem diese ausgestellt wurden.

[2] Er informiert die zuständige kantonale Behörde innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine.

[3] Er meldet die Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 3[bis] KVG innerhalb der Frist nach Absatz 2 der zuständigen Behörde des Kantons, in dem das Kind bei Entstehung dieser Forderungen Wohnsitz hat. Er begründet den Betrag und gibt an, warum er keinen Verlustschein oder keinen gleichwertigen Rechtstitel erwirken konnte.

[4] Er übermittelt der zuständigen kantonalen Behörde bis zum 31. März die Schlussabrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine und anderen Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 3[bis] KVG. Er reicht innerhalb der gleichen Frist den dazugehörigen Revisionsbericht ein. Die Abrechnung enthält eine Zusammenstellung der Gesuche um Übernahme der Forderungen nach Artikel 64*a* Absätze 3, 3[bis] und 5 KVG und eine Zusammenstellung der Rückerstattungen nach Artikel 64*a* Absatz 4 KVG.

[5] Auf Verlangen hat der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde kostenlos:

451 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
452 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
453 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
454 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS **2017** 6723).
455 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011 (AS **2011** 3527). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).

a. alle Unterlagen zu übermitteln, die den Bestand und Umfang einer Forderung nachweisen;

b. bei einer Abtretung die zur Geltendmachung der Rechte nach Artikel 170 Absatz 2 des Obligationenrechts[456] erforderlichen Informationen mitzuteilen.

Art. 105*f*bis [457] Zusätzliche Übernahme der gemeldeten Forderungen

1 Die zuständige kantonale Behörde informiert die Versicherer vor dem 1. Dezember, wenn sie nach Artikel 64*a* Absatz 5 KVG beschliesst, zusätzlich 5 Prozent aller Forderungen zu übernehmen, die im Folgejahr Gegenstand einer Meldung nach Artikel 64*a* Absätze 3 und 3bis KVG sein werden. Der Beschluss gilt für ein Kalenderjahr.

2 Die zuständige kantonale Behörde kann zwischen einer jährlichen und einer vierteljährlichen Übernahme der vom Versicherer gemeldeten Forderungen wählen. Sie gibt ihre Wahl innerhalb der Frist nach Absatz 1 bekannt.

3 Der Versicherer tritt der kantonalen Behörde die Forderungen ab und überträgt ihr zu seinen Lasten die Verlustscheine zur Übernahme, sofern es sich bei den Forderungen um Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen oder Betreibungskosten handelt. Der Versicherer veranlasst dies innerhalb von 30 Tagen ab folgendem Zeitpunkt:

a. bei jährlicher Übernahme: der Zahlung durch den Kanton nach Artikel 105*k* Absatz 3 Buchstabe a;

b. bei vierteljährlicher Übernahme: der Akontozahlung durch den Kanton nach Artikel 105*k* Absatz 2.

4 Sofern eine versicherte Person nicht bei anderen Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen oder Betreibungskosten säumig ist, hebt der Versicherer den Leistungsaufschub nach Artikel 64*a* Absatz 7 KVG innerhalb von 10 Tagen nach der Abtretung auf und informiert die zuständige kantonale Behörde darüber.

5 Die zuständige kantonale Behörde informiert die betroffenen Versicherten über den Gläubigerwechsel.

Art. 105*g* [458] Personendaten

Nimmt der Versicherer eine Meldung nach Artikel 64*a* Absätze 3 und 3bis KVG vor, so muss er zur Identifikation der versicherten Personen und der Schuldnerinnen und Schuldner melden:[459]

a. den Namen und den Vornamen;

b. das Geschlecht;

c. das Geburtsdatum;

456 SR **220**

457 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024, Abs. 3–5 in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).

458 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).

459 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).

d.[460] die Adresse;

e. die AHV-Nummer;

f.[461] die Korrespondenzsprache.

Art. 105*h*[462] Datenaustausch

Das EDI kann nach Anhörung der Kantone und der Versicherer technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch und das Datenformat festlegen.

Art. 105*i*[463] Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel

Einem Verlustschein im Sinne von Artikel 64*a* Absatz 3 KVG sind Verfügungen über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen oder gleichwertige Rechtstitel, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen, gleichgesetzt. Der Kanton bezeichnet die Verfügungen und die betroffenen Rechtstitel.

Art. 105*j*[464] Revisionsstelle

[1] Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit und die Vollständigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich:

a. der Forderungen nach Artikel 64*a* Absätze 3 und 3bis KVG;

b. der Bezahlung der Forderungen, die Gegenstand einer Meldung nach Artikel 64*a* Absätze 3 und 3bis KVG waren;

c. der Rückerstattungen an den Kanton nach Artikel 64*a* Absatz 4 KVG und der weiteren Rückerstattungen.

[2] Sie kontrolliert bei Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 3 KVG, ob:

a. die Angaben zu den Schuldnerinnen und Schuldnern sowie zu den Versicherten korrekt sind;

b. das Mahnverfahren nach Artikel 105*b* eingehalten wurde;

c. ein Verlustschein oder ein gleichwertiger Rechtstitel vorhanden ist;

d. das Ausstellungsdatum des Verlustscheins oder des gleichwertigen Rechtstitels im Vorjahr liegt;

e. der Gesamtbetrag der Forderungen richtig ist;

f. die Forderung dem Kanton nach Artikel 105*f* Absatz 1 gemeldet wurde;

460 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).
461 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).
462 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011 (AS **2011** 3527). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 751).
463 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
464 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011 (AS **2011** 3527). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).

g. der Verlustschein oder der gleichwertige Rechtstitel nicht eine Forderung nach dem VVG[465] betrifft.

3 Sie kontrolliert bei Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 3bis KVG, ob:

a. die Punkte nach Absatz 2 Buchstaben a, b, e und f erfüllt sind;

b. angegeben ist, warum der Versicherer keinen Verlustschein oder keinen gleichwertigen Rechtstitel erwirken konnte.

4 Der Kanton übernimmt die Kosten der Revisionsstelle, wenn er eine andere als die Revisionsstelle nach Artikel 25 KVAG[466] bezeichnet.

Art. 105*k*[467] Begleichung der von den Versicherern übermittelten Abrechnungen

1 Bei Eingang der Personendaten und der Meldungen nach Artikel 64*a* Absätze 3 und 3bis KVG kann die zuständige kantonale Behörde dem Versicherer die Personendaten nach Artikel 105*g* für die Versicherten übermitteln, für die sie ausstehende Beträge übernimmt.

2 Hat sich der Kanton für die vierteljährliche Übernahme entschieden, so überweist er dem Versicherer eine Akontozahlung innerhalb von 30 Tagen, nachdem dieser ihm die Forderungen gemeldet hat. Die Akontozahlung entspricht den gemeldeten Forderungen.

3 Der Kanton bezahlt dem Versicherer bis zum 30. Juni:

a. bei jährlicher Übernahme: die Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 4 oder 5 KVG;

b. bei vierteljährlicher Übernahme: den Differenzbetrag gemäss der Schlussabrechnung der Forderungen nach Artikel 64*a* Absatz 5 KVG.

4 Er nimmt die Zahlung nach Abzug der Rückerstattungen nach Artikel 64*a* Absatz 4 KVG vor. Übersteigen die Rückerstattungen die Forderungen, so zahlt der Versicherer dem Kanton den Differenzbetrag innerhalb der gleichen Frist zurück.

5 Richtet ein Kanton eine Prämienverbilligung für einen Zeitraum aus, für den der Versicherer ihm bereits eine Forderung nach Artikel 64*a* Absätze 3 und 3bis KVG in seiner Schlussabrechnung bekanntgegeben hat, oder annulliert er eine Prämienverbilligung wegen einer Doppelversicherung, so erstattet der Versicherer dem Kanton einen Prozentsatz dieser Prämienverbilligung in der Höhe des vom Kanton übernommenen Betrags zurück. Die Forderungen gegenüber der versicherten Person werden auf dem Verlustschein oder dem gleichwertigen Rechtstitel um den Betrag der ganzen Prämienverbilligung vermindert.

6 Hat der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde bereits eine Forderung abgetreten und erhält er Beträge zu deren vollständiger oder teilweiser Begleichung, so muss er ihr diese Beträge vollständig zurückerstatten. Die Beträge werden vollumfänglich vom Verlustschein oder dem gleichwertigen Rechtstitel abgezogen.

465 SR **221.229.1**
466 SR **832.12**
467 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011 (AS **2011** 3527). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).

7 Der Kanton bezahlt dem Versicherer nichts für Forderungen, die Gegenstand einer Meldung nach Artikel 64*a* Absätze 3 und 3bis KVG waren, wenn sie auch Forderungen nach dem VVG[468] betreffen.

8 Die zuständige kantonale Behörde kann von den Versicherern innerhalb von drei Jahren nach dem Eingang der Schlussabrechnungen nach Artikel 105*f* Absatz 4 rückwirkende Korrekturen verlangen.

Art. 105*l*[469] Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit

1 Säumig im Sinne von Artikel 64*a* Absatz 6 KVG ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Artikel 105*b* Absatz 1.

2 Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betreibungskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.

2bis Der Versicherer informiert Versicherte, die das 18. Altersjahr vollenden, dass sie bei vor Erreichen der Volljährigkeit geschuldeten Beträgen nicht als säumig gelten.[470]

3 Sind die ausstehenden Beträge nach Absatz 2 beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Artikel 7 Absätze 1 und 2 KVG den Versicherer wechseln kann. Der Versicherer muss zudem den neuen Versicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist.

4 Versicherte, deren Kanton zusätzlich 5 Prozent der gemeldeten Forderungen übernommen hat, gelten bei diesen Forderungen ab folgendem Zeitpunkt nicht mehr als säumig:

a. bei jährlicher Übernahme: ab der Zahlung durch den Kanton;

b. bei vierteljährlicher Übernahme: ab der Akontozahlung durch den Kanton.[471]

Art. 105*m*[472] in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich

1 Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder des Vereinigten Königreichs möglich, dass der Schweizer Versicherer

468 SR **221.229.1**
469 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
470 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 751).
471 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).
472 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).

die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so sind folgende Bestimmungen anwendbar auf Versicherte, die in einem solchen Staat wohnen und die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlen:[473]

a. Artikel 64*a* Absätze 1–7 KVG und die Artikel 105*b*–105*l* auf:
   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;

b. Artikel 64*a* Absätze 1, 2 und 6 KVG und die Artikel 105*b* und 105*l* auf Rentnerinnen und Rentnern sowie deren Familienangehörige; der Versicherer übernimmt die Verlustscheine.

[2] Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder des Vereinigten Königreichs nicht möglich, dass der Schweizer Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so hat der Versicherer der versicherten Person, die die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen. Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so kann der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben. Gleichzeitig muss er die versicherte Person und den zuständigen aushelfenden Träger am Wohnort der versicherten Person informieren. Der Aufschub endet, sobald die gemahnten Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die angefallenen Verzugszinse bezahlt sind. Der Versicherer darf während eines Aufschubs der Übernahme der Kosten die Versicherungsleistungen mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.[474]

473 Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).

474 Fassung gemäss Ziff. I 1 der V vom 26. Okt. 2022 über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland, in Kraft seit 1. Jan. 2023 (AS **2022** 658).

4. Kapitel:[475] Prämienverbilligung durch die Kantone

1. Abschnitt: Anspruchsberechtigte[476]

Art. 106[477] Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte mit einer Aufenthaltsbewilligung, die mindestens drei Monate gültig ist

Anspruch auf Prämienverbilligung haben auch versicherungspflichtige Personen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und f, soweit sie die Anspruchsvoraussetzungen des Kantons erfüllen.

Art. 106*a* Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen[478]

[1] Die Prämienverbilligung richtet sich nach Artikel 65*a* KVG:

a. für Versicherte, die eine schweizerische Rente beziehen, solange sie in der Schweiz erwerbstätig sind oder eine Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung beziehen;

b. für versicherte Familienangehörige einer versicherten Person nach Buchstabe a, selbst wenn ein anderer versicherter Familienangehöriger nur eine schweizerische Rente bezieht;

c. für versicherte Familienangehörige einer versicherten Person, die in der Schweiz erwerbstätig ist oder eine Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung bezieht, selbst wenn ein anderer versicherter Familienangehöriger nur eine schweizerische Rente bezieht.

[2] Die Kantone dürfen bei der Prüfung der bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse der in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnenden Versicherten das Einkommen und das Reinvermögen derjenigen Familienangehörigen, die dem Verfahren nach Artikel 66*a* KVG unterstellt sind, nicht berücksichtigen.[479]

475 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).
476 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
477 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).
478 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).
479 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

2. Abschnitt:[480] Durchführung der Prämienverbilligung

Art. 106*b* Meldungen des Kantons

[1] Der Kanton bestimmt eine Stelle, welche die Daten mit den Versicherern nach Artikel 65 Absatz 2 KVG austauscht.

[2] Er meldet dem Versicherer:

a. die versicherten Personen, die Anspruch auf Prämienverbilligung haben;

b. die Höhe der Prämienverbilligung je berechtigte Person und Monat auf fünf Rappen gerundet;

c. den Zeitraum in Monaten, für den die Prämienverbilligung ausgerichtet wird.

[3] Er legt die Termine für seine Meldungen, die Meldungen nach Artikel 106*c* Absätze 1 und 2 und die Lieferung der Jahresrechnung nach Artikel 106*c* Absatz 3 fest.

Art. 106*c* Aufgaben des Versicherers

[1] Der Versicherer teilt dem Kanton mit, ob er die Meldung einer bei ihm versicherten Person zuordnen kann. Er teilt dem Kanton ausserdem die genehmigte Prämie sowie den Ausgleichsbetrag nach Artikel 26 Absatz 4 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. November 2015[481] (KVAV) mit.[482]

[1bis] Nimmt der Versicherer einen Ausgleich von zu hohen Prämieneinnahmen nach Artikel 17 KVAG[483] vor, so teilt er dem Kanton zudem die versicherten Personen, deren Prämie vollständig durch die Prämienverbilligung nach Artikel 65 KVG gedeckt ist, sowie den Rückvergütungsbetrag nach Artikel 31*a* KVAV pro versicherte Person mit.[484]

[2] Er meldet dem Kanton wesentliche Änderungen im Verhältnis zwischen der versicherten Person und ihm. Das EDI kann festlegen, welche Änderungen als wesentlich gelten.

[3] Der Versicherer legt dem Kanton eine Jahresrechnung vor. Diese umfasst je berechtigte Person die Personendaten nach Artikel 105*g*, den betroffenen Zeitraum, die Monatsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die ausgerichteten Beträge und allfällige Rückvergütungsbeträge nach Artikel 31*a* KVAV.[485]

[4] Der Versicherer gibt die Prämienverbilligung je versicherte Person und Monat auf der Prämienrechnung an. Er darf die Prämienverbilligung nicht auf dem Versicherungsausweis angeben.

480 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3527).
481 SR **832.121**
482 Fassung gemäss Ziff. II der V vom 5. Juni 2026, in Kraft seit 1. Juli 2026 (AS **2026** 321).
483 SR **832.12**
484 Eingefügt durch Ziff. II der V vom 5. Juni 2026, in Kraft seit 1. Juli 2026 (AS **2026** 321).
485 Fassung gemäss Ziff. II der V vom 5. Juni 2026, in Kraft seit 1. Juli 2026 (AS **2026** 321).

5 Er darf seine restlichen Prämienforderungen für das laufende Kalenderjahr und seine anderen fälligen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter Vorbehalt von Artikel 105*k* Absatz 5 mit folgenden Beiträgen verrechnen:

a. der vom Kanton gewährten Prämienverbilligung;

b. dem vom Kanton gewährten Pauschalbeitrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006[486] über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.[487]

5bis Er bezahlt der versicherten Person den Differenzbetrag innerhalb von 60 Tagen nach der Meldung der Prämienverbilligung durch den Kanton aus. Kantonale Regelungen, wonach die Prämie höchstens bis zu ihrem vollen Umfang verbilligt werden kann und wonach kleine Beträge nicht ausgerichtet werden, bleiben vorbehalten.[488]

6 Der Kanton kann vorsehen, dass der Versicherer ihm die Personendaten nach Artikel 105*g* und weitere Daten für seine Versicherten im betreffenden Kanton mitteilt.

Art. 106*d* Datenaustausch

1 Die Meldungen nach den Artikeln 106*b* und 106*c* enthalten die Personendaten nach Artikel 105*g*. Der Kanton kann die Meldung weiterer Daten vorsehen.

2 Das EDI kann nach Anhörung der Kantone und der Versicherer technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch und das Datenformat festlegen.

Art. 106*e* Kosten

Die Kantone und die Versicherer tragen die ihnen aus dem Vollzug der Prämienverbilligung erwachsenden Kosten.

2. Teil: Freiwillige Taggeldversicherung

Art. 107 und **108**[489]

Art. 108*a*[490] Prämienbezahlung, Verzugs- und Vergütungszinsen

Die Artikel 90, 90*a*, und 105*a* sind sinngemäss anwendbar.

486 SR **831.30**
487 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 751).
488 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 751).
489 Aufgehoben durch Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5165).
490 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002 (AS **2002** 3908). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

Art. 109 Beitritt

Jede Person, welche die Voraussetzungen von Artikel 67 Absatz 1 KVG erfüllt, kann zu den gleichen Bedingungen, namentlich hinsichtlich der Dauer und der Höhe des Taggeldes, wie sie für die anderen Versicherten gelten, der Taggeldversicherung beitreten, soweit dadurch voraussichtlich keine Überentschädigung entsteht.

3. Teil: Koordinationsregeln

1. Titel: Leistungskoordination

1. Kapitel: Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen

1. Abschnitt: Abgrenzung der Leistungspflicht

Art. 110[491] Grundsatz

Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen der Unfallversicherung nach dem UVG[492], der Militärversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder dem Erwerbsersatzgesetz vom 25. September 1952[493] für Dienstleistende und bei Mutterschaft zusammentreffen, gehen die Leistungen dieser anderen Sozialversicherungen vor. Artikel 128 der Verordnung vom 20. Dezember 1982[494] über die Unfallversicherung bleibt vorbehalten.

Art. 111 Unfallmeldung

Die Versicherten haben Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, ihrem Krankenversicherer zu melden. Sie haben Auskunft zu geben über:[495]

a. Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles;

b. den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin oder das Spital;

c. allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.

491 Fassung gemäss Art. 45 Ziff. I der V vom 24. Nov. 2004 zum Erwerbsersatzgesetz, in Kraft seit 1. Juli 2005 (AS **2005** 1251).
492 SR **832.20**
493 SR **834.1**
494 SR **832.202**
495 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

2. Abschnitt: Vorleistungspflicht

Art. 112 Im Verhältnis zur Unfallversicherung und zur Militärversicherung

[1] Ist bei Krankheit oder Unfall die Leistungspflicht der Unfallversicherung nach UVG[496] oder der Militärversicherung zweifelhaft, so darf der Krankenversicherer die bei ihm versicherten Leistungen ohne Antrag bei voller Wahrung seiner Rückerstattungsrechte von sich aus vorläufig ausrichten.[497]

[2] Ist eine Person bei mehreren Krankenversicherern für Taggeld versichert, so ist jeder dieser Versicherer vorleistungspflichtig.

Art. 113 Im Verhältnis zur Invalidenversicherung

Hat sich eine versicherte Person sowohl beim Krankenversicherer als auch bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet, so hat der Krankenversicherer vorläufig für die Krankenpflegekosten Gutsprache zu erteilen oder Zahlungen zu leisten, bis feststeht, welche Versicherung den Fall übernimmt.

Art. 114[498] Informationspflicht

Der vorleistende Krankenversicherer macht die versicherte Person auf die Rückerstattungsordnung von Artikel 71 ATSG aufmerksam.

Art. 115[499]

Art. 116 Unterschiedliche Tarife

[1] Bei Vorleistung durch den Krankenversicherer haben die anderen Sozialversicherer den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem für sie geltenden Tarif und dem vom Krankenversicherer angewandten Tarif nachzuzahlen.

[2] Hat der Krankenversicherer Leistungserbringern aufgrund seiner Tarife mehr vergütet, als aufgrund der für die anderen Versicherungen geltenden Tarife geschuldet gewesen wäre, so haben ihm die Leistungserbringer die Differenz zurückzuerstatten.

496 SR **832.20**
497 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
498 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
499 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

3. Abschnitt: Rückvergütung von Leistungen anderer Sozialversicherer

Art. 117 Grundsatz

1 Hat der Krankenversicherer anstelle eines anderen Sozialversicherers zu Unrecht Leistungen ausgerichtet oder hat dies ein anderer Sozialversicherer anstelle des Krankenversicherers getan, so muss der entlastete Versicherer den Betrag, um den er entlastet wurde, dem anderen Versicherer rückvergüten, höchstens jedoch bis zu seiner gesetzlichen Leistungspflicht.

2 Sind mehrere Krankenversicherer rückvergütungsberechtigt oder rückvergütungspflichtig, so bemisst sich ihr Anteil nach den Leistungen, die sie erbracht haben oder hätten erbringen sollen.

3 Der Rückvergütungsanspruch erlischt fünf Jahre nach der Ausrichtung der Leistung.

Art. 118 Auswirkungen auf die Versicherten

1 In laufenden Versicherungsfällen sorgt der weiterhin leistungspflichtige Versicherer für die Ausrichtung der Leistungen nach den für ihn geltenden Vorschriften. Er informiert die versicherte Person darüber.

2 Hätte die versicherte Person bei einer sachgerechten Behandlung des Falles höhere Geldleistungen empfangen, als ihr ausgerichtet wurden, so vergütet ihr der rückvergütungspflichtige Versicherer die Differenz. Dies gilt auch dann, wenn das Versicherungsverhältnis inzwischen aufgelöst wurde.

Art. 119 Unterschiedliche Tarife

1 Der rückvergütungspflichtige Versicherer erstattet den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem Tarif, den der rückvergütungsberechtigte Versicherer angewandt hat, und dem Tarif, der für ihn selber gilt.

2 Hat der rückvergütungsberechtigte Versicherer mehr erstattet, als aufgrund der für den rückvergütungspflichtigen Versicherer geltenden Tarife geschuldet gewesen wäre, müssen die Leistungserbringer dem rückvergütungsberechtigten Versicherer die Differenz zurückerstatten.

4. Abschnitt:[500] Informationspflicht der Versicherer

Art. 120

Die Versicherten sind über die Bekanntgabe von Daten (Art. 84*a* KVG) und über geleistete Verwaltungshilfe (Art. 32 Abs. 2 ATSG und Art. 82 KVG) zu informieren.

500 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

Art. 121

Aufgehoben

2. Kapitel: Überentschädigung

Art. 122[501]

[1] Eine Überentschädigung bei Sachleistungen liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden namentlich die folgenden Grenzen übersteigen:

a. die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten;

b. die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten;

[2] Ist die versicherte Person bei mehr als einem Krankenversicherer für Taggeld gemäss den Artikeln 67–77 KVG versichert, gilt als Überentschädigungsgrenze diejenige von Artikel 69 Absatz 2 ATSG. Sind die Leistungen zu kürzen, so ist jeder Versicherer im Verhältnis des von ihm versicherten Taggeldes zum Gesamtbetrag der versicherten Taggelder leistungspflichtig.

2. Titel: …

Art. 123–126[502]

4. Teil: Verfügung, Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten[503]

Art. 127[504] Verfügung

Wird eine Verfügung auf Grund von Artikel 51 Absatz 2 ATSG verlangt, so hat der Versicherer sie innerhalb von 30 Tagen zu erlassen.

501 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
502 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
503 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
504 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

Art. 128–129[505]

Art. 130[506] Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten[507]

[1] In den Fällen nach Artikel 84*a* Absatz 5 KVG wird eine Gebühr erhoben, wenn die Datenbekanntgabe zahlreiche Kopien oder andere Vervielfältigungen oder besondere Nachforschungen erfordert. Die Höhe dieser Gebühr entspricht den in den Artikeln 14 und 16 der Verordnung vom 10. September 1969[508] über Kosten und Entschädigungen im Verwaltungsverfahren festgesetzten Beträgen.

[2] Für Publikationen nach Artikel 84*a* Absatz 3 KVG wird eine kostendeckende Gebühr erhoben.

[3] Die Gebühr kann wegen Bedürftigkeit der gebührenpflichtigen Person oder aus anderen wichtigen Gründen ermässigt oder erlassen werden.

5. Teil: Schlussbestimmungen

1. Titel: Übergangsbestimmungen

Art. 131[509]

Art. 132 Bestehende Versicherungsverhältnisse

[1] Die Krankenkassen können beim Inkrafttreten des KVG bestehende Versicherungsverhältnisse mit Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht unterstehen und auch nicht auf Gesuch hin unterstellt werden können, bis spätestens am 31. Dezember 1996 weiterführen. Diese Versicherungsverhältnisse richten sich nach dem bisherigen Recht.

[2] Ein neues Versicherungsverhältnis nach Absatz 1 darf nur begründet werden, wenn damit die Weiterführung bis zum 31. Dezember 1996 einer entsprechenden Versicherungsdeckung gewährleistet wird, die von einem Versicherer gewährt worden war, der auf die Fortführung der sozialen Krankenversicherung verzichtet hat (Art. 99 KVG).

[3] Die Krankenkassen können den Personen nach den Absätzen 1 und 2 auf vertraglicher Basis eine Fortdauer des Versicherungsschutzes nach dem 31. Dezember 1996 anbieten. Der Vertrag kann bei der gleichen Krankenkasse oder bei einem anderen Versicherer nach Artikel 11 KVG abgeschlossen werden. Die Finanzierung von Leistungen, welche denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen,

505 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
506 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2911).
507 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).
508 SR **172.041.0**
509 Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

richtet sich nach den Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsverhältnisse unterliegen dem VVG[510].[511]

[4] Läuft eine vor dem 1. Januar 1997 begonnene Behandlung nach diesem Datum weiter, so hat die Krankenkasse das Versicherungsverhältnis bis zum Abschluss dieser Behandlung nach altem Recht weiterzuführen.[512]

Art. 133[513]

Art. 134 Leistungserbringer

[1] Leistungserbringer im Sinne der Artikel 44–54, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG gestützt auf eine Bewilligung nach altem Recht für die Krankenversicherung tätig sind, bleiben zugelassen, wenn sie innert einem Jahr nach Inkrafttreten des KVG nach kantonalem Recht zugelassen sind.

[2] Logopäden und Logopädinnen sowie Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, welche die Zulassungsbedingungen dieser Verordnung nur teilweise erfüllen, aber vor dem Inkrafttreten des KVG ihre Ausbildung abgeschlossen und ihren Beruf selbständig ausgeübt haben, können unter dem neuen Recht für die Krankenversicherung tätig sein, wenn sie innert vier Jahren nach Inkrafttreten des KVG nach kantonalem Recht zugelassen werden.[514]

[3] Laboratorien, die bereits nach den Artikeln 53 und 54 als Leistungserbringer für die Durchführung genetischer Untersuchungen zugelassen sind, können solche Untersuchungen bis zum Bewilligungsentscheid des BAG weiter durchführen, wenn sie:

a. die Zulassungsbedingungen nach den Artikeln 53 und 54 erfüllen; und

b. innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Verordnung vom 14. Februar 2007[515] über genetische Untersuchungen beim Menschen beim BAG ein Bewilligungsgesuch einreichen.[516]

Art. 135[517]

510 SR **221.229.1**
511 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS **1996** 3139). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2023, in Kraft seit 1. Juli 2025 (AS **2023** 751).
512 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
513 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, mit Wirkung seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 1639).
514 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).
515 SR **810.122.1**; in Kraft seit 1. April 2007.
516 Eingefügt durch Art. 37 Ziff. 2 der V vom 14. Febr. 2007 über genetische Untersuchungen beim Menschen, in Kraft seit 1. April 2007 (AS **2007** 651).
517 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 24. Febr. 2021, mit Wirkung seit 1. April 2021 (AS **2021** 152).

Art. 136[518]

2. Titel: Inkrafttreten

Art. 137

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 17. September 1997[519]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 23. Februar 2000[520]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 2. Oktober 2000[521]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Mai 2002[522]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Juni 2002[523]

Für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung hängigen Verfahren gilt das neue Recht.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 6. Juni 2003[524]

518 Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477). Fassung vom 15. Nov. 2017 gültig vom 1. Jan. bis zum 31. Dez. 2018 (AS **2017** 6723).

519 AS **1997** 2272. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

520 AS **2000** 889. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

521 AS **2000** 2835. Gegenstandslos durch die Änd. vom 22. Sept. 2023 (AS **2023** 570).

522 AS **2002** 1633. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

523 AS **2002** 2129

524 AS **2003** 3249. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Mai 2004[525]

1 Die Versicherer haben jede versicherte Person bis spätestens am 31. Oktober 2004 schriftlich über die von ihnen angebotenen neuen wählbaren Franchisen und die dafür gewährten Prämienreduktionen zu informieren.

2 Für die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen gilt ab dem 1. Januar 2005 die von ihrem Versicherer angebotene wählbare Franchise, die ihrer bisherigen Franchise entspricht oder die dieser am nächsten ist. Haben die nächstliegende höhere Franchise und die nächstliegende tiefere Franchise den gleichen Abstand zur bisherigen Franchise, so gilt die höhere. Die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen können jedoch eine andere Franchise wählen oder in die ordentliche Versicherung wechseln, wenn sie dies dem Versicherer bis spätestens am 30. November 2004 schriftlich mitteilen.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Dezember 2004[526]

1 Als Diplome im Sinne der Artikel 45, 47–49 und 50*a* gelten auch diejenigen Diplome, die von der von den Kantonen gemeinsam oder vom EDI bezeichneten Stelle vor Inkrafttreten dieser Änderung ausgestellt oder als gleichwertig anerkannt worden sind.

2 Für Versicherungsverhältnisse, die vor Inkrafttreten dieser Änderung von Artikel 103 Absatz 5 abgeschlossen worden sind, gilt die bisherige Regelung für die vereinbarte Vertragsdauer, höchstens aber bis zum 31. Dezember 2005.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 9. November 2005[527]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. April 2006[528]

1 Die Versicherer müssen die Vorschriften von Artikel 6*a* bis zum 1. August 2006 anwenden.

2 Für versicherte Personen, deren Versicherungspflicht wegen Militärdienst vor dem 1. Juli 2006 sistiert wird, wird Artikel 10*a* in seiner bisherigen Fassung angewendet[529].

3 Die Artikel 65–65*c* sowie 66*a* gelten für die Arzneimittel, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen worden sind.

4 …[530]

525 AS **2004** 3437
526 AS **2004** 5075
527 AS **2005** 5639. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).
528 AS **2006** 1717
529 AS **2001** 138
530 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

5 …[531]

Schlussbestimmungen der Änderung vom 27. Juni 2007[532]

1 Für Originalpräparate, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, gilt Artikel 65*a* in der Fassung vom 26. April 2006[533].

2 Originalpräparate und Generika, die zwischen dem 1. Januar 1993 und dem 31. Dezember 2002 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden bis zum 30. Juni 2008 daraufhin überprüft, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Das EDI legt das Verfahren der Überprüfung fest.

3 Artikel 66 gilt auch für Arzneimittel, die vor dem 10. Mai 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden.

4 Für Prämien, die vor dem 1. August 2007 fällig wurden, und Kostenbeteiligungen an Leistungen, die vor dem 1. August 2007 erbracht wurden, ist Artikel 105*b* Absätze 1 und 2 nicht anwendbar.

5 Bei am 1. August 2007 bestehenden Aufschüben von Kostenübernahmen für Leistungen ist Artikel 105*c* Absatz 2 nicht anwendbar.

6 Unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreibungskosten, die vor dem 1. Januar 2006 angefallen sind, verhindern einen Wechsel des Versicherers nicht.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. August 2007[534]

Die Bestimmungen dieser Verordnung zur Revisionsstelle gelten vom ersten Geschäftsjahr an, das mit Inkrafttreten dieser Änderung oder danach beginnt.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008[535]

1 Die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 KVG muss ihre Tätigkeit spätestens am 31. Januar 2009 aufnehmen. Die Tarifpartner und die Kantone müssen den Bundesrat über das Datum des Beginns der Tätigkeit der Organisation in Kenntnis setzen und ihm die Statuten der Organisation übermitteln.

2 Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags nach Artikel 59*d* muss dem Bundesrat spätestens am 30. Juni 2009 unterbreitet werden. Der Tarifvertrag muss zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten. Dafür

531 Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3449).
532 AS **2007** 3573
533 AS **2006** 1717
534 AS **2007** 3989
535 AS **2008** 5097

vereinbaren die Tarifpartner namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen.

2bis Das Monitoring nach Absatz 2 umfasst insbesondere pro Leistungserbringer die Entwicklung der Fallzahl, der abgerechneten Kosten und im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus Diagnosis Related Groups (DRG) die Entwicklung des Case Mix Index (CMI). Das Monitoring über sämtliche Bereiche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche, muss insbesondere gewährleisten, dass neben dem Korrekturmechanismus nach Absatz 2ter zusätzliche Korrekturmassnahmen von den Tarifpartnern durchgeführt werden können. Können sich die Tarifpartner nicht auf ein entsprechendes Monitoring einigen, übermitteln die Leistungserbringer den Versicherern die dazu notwendigen Informationen ab dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 der Übergangsbestimmungen der Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG bis zum Abschluss der Korrekturmassnahmen quartalsweise. Die Versicherer führen gemeinsam ein Monitoring durch und veröffentlichen halbjährlich eine Auswertung als Grundlage für Korrekturmassnahmen der Tarifpartner.[536]

2ter Können sich die Tarifpartner im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG nicht auf gesamtschweizerisch einheitliche Korrekturmassnahmen nach Absatz 2 einigen, so muss der Leistungserbringer in den ersten beiden Jahren nach Einführung des Vergütungsmodells sowohl bei einer ungerechtfertigten Erhöhung um mehr als 2 Prozent, des effektiven CMI im Abrechnungsjahr gegenüber dem vereinbarten CMI als auch der effektiven Fallzahl im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung des CMI berücksichtigten Fallzahl, die Mehrerträge innerhalb des Folgejahres anteilsmässig nach Artikel 49*a* KVG rückvergüten. Die Umsetzungsmodalitäten werden zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart.[537]

3 Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat den Betrag des Fallbeitrags nach Artikel 59*e* spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch nach Absatz 2 zur Genehmigung unterbreiten.

4 In Abweichung zu den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008[538] der Verordnung vom 3. Juli 2002[539] über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung erfolgt im Jahr 2012 die Abgeltung der Anlagenutzungskosten im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG mittels eines Zuschlags auf den in den Tarifverträgen verhandelten Basispreisen. Der Zuschlag beträgt 10 Prozent.[540]

536 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS **2011** 5037).
537 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS **2011** 5037).
538 AS **2008** 5105
539 SR **832.104**
540 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS **2011** 5037).

Schlussbestimmungen der Änderung vom 13. März 2009[541]

Die gemeinsame Einrichtung informiert in Zusammenarbeit mit dem BAG, den rentenauszahlenden Stellen und den zuständigen Auslandvertretungen die Rentnerinnen und Rentner, die in einem neuen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft wohnen, bis spätestens drei Monate nach dem Inkrafttreten des Protokolls vom 27. Mai 2008[542] über die Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf Bulgarien und Rumänien im Hinblick auf die Aufnahme von Bulgarien und Rumänien als Vertragsparteien infolge ihres Beitritts zur Europäischen Union über die Versicherungspflicht. Mit diesen Informationen gelten auch die in einem neuen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft wohnhaften Familienangehörigen als informiert. Der Bund übernimmt die der gemeinsamen Einrichtung entstehenden Kosten für die Information.

Übergangsbestimmungen der Änderung vom 24. Juni 2009[543]

Für Pilotprojekte nach Artikel 36*a*, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 24. Juni 2009 genehmigt wurden, wird die Projektdauer von vier Jahren um die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung bereits abgelaufene Zeit gekürzt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Juli 2009[544]

1 Das BAG überprüft die Fabrikabgabepreise der Originalpräparate, die zwischen dem 1. Januar 1955 und dem 31. Dezember 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen.

2 Das Unternehmen, das ein zu überprüfendes Originalpräparat vertreibt, ermittelt die Fabrikabgabepreise der in der Schweiz meistverkauften Packung in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich aufgrund von Regelungen der entsprechenden Behörden oder Verbände. Es lässt diese Fabrikabgabepreise von einer zeichnungsberechtigten Person der jeweiligen Länderniederlassung bestätigen. Die Anzahl der in der Schweiz verkauften Packungen des Originalpräparates der letzten 12 Monate muss für sämtliche Handelsformen ausgewiesen und von einer zeichnungsberechtigten Person des Unternehmens in der Schweiz bestätigt werden.

3 Das Unternehmen, welches das Originalpräparat vertreibt, muss dem BAG die am 1. Oktober 2009 gültigen Fabrikabgabepreise bis zum 30. November 2009 mitteilen. Das BAG ermittelt den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis anhand der geltenden Preise in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich sowie den durchschnittlichen Wechselkurs der Monate April bis September 2009 und rechnet diesen Preis in Schweizer Franken um.

541 AS **2009** 1825
542 SR **0.142.112.681.1**
543 AS **2009** 3525
544 AS **2009** 4245

4 Das BAG senkt den Fabrikabgabepreis eines Originalpräparates mit Wirkung ab 1. März 2010 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis, wenn:

a. der Fabrikabgabepreis des Originalpräparates am 1. Oktober 2009 (Ausgangswert) den nach Absatz 3 ermittelten Preis um mehr als 4 Prozent übersteigt;

b. das Unternehmen bis zum 30. November 2009 kein Gesuch stellt, den Fabrikabgabepreis mit Wirkung ab 1. März 2010 auf einen Preis zu senken, welcher den Fabrikabgabepreis nach Absatz 3 um höchstens 4 Prozent übersteigt.

5 Die Preissenkung nach Absatz 4 kann stufenweise erfolgen. Beträgt die Preissenkung mehr als 15 Prozent des Ausgangswertes, so wird der Preis auf den 1. März 2010 auf 85 Prozent des Ausgangswertes und auf den 1. Januar 2011 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis gesenkt.

6 Generika, die bis zum Inkrafttreten der Änderung vom 1. Juli 2009 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden bis zum 1. Januar 2010 überprüft und per 1. März 2010 preislich angepasst. Im Zuge dieser ausserordentlichen Preisüberprüfung gelten Generika als wirtschaftlich, wenn ihre Fabrikabgabepreise mindestens 10 Prozent tiefer sind als die am 1. Oktober 2009 gültigen durchschnittlichen Fabrikabgabepreise der dazugehörenden Originalpräparate im Ausland. Berechnet wird der durchschnittliche Fabrikabgabepreis anhand der geltenden Preise des Originalpräparats in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich.[545]

7 Der preisbezogene Zuschlag und der Zuschlag je Packung nach Artikel 67 Absatz 1quater werden bei allen Präparaten, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 1. Juli 2009 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, bis zum 1. Januar 2010 überprüft und preislich per 1. März 2010 angepasst.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. Dezember 2010[546]

1 Die Versicherer müssen dem BAG das Anlagereglement innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Änderung vom 3. Dezember 2010 zur Kenntnis bringen.

2 Sie müssen ihr Vermögen bis zum Jahresabschluss vom 31. Dezember 2011 nach den Artikeln 80–80*i* anlegen. Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe d müssen bis zum 31. Dezember 2015 nach den Artikeln 80–80*i* angelegt werden.

3 Die Versicherer müssen Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom 3. Dezember 2010 bestehen, dem BAG innerhalb eines Jahres zur Genehmigung unterbreiten.

545 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4759).
546 AS **2010** 6155

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. Juni 2011[547]

[1] Die Versicherer müssen dafür sorgen, dass ihre Reserven innert fünf Jahren nach Inkrafttreten die Mindesthöhe nach Artikel 78*a* erreichen.

[2] Vor diesem Zeitpunkt müssen die Versicherer, deren Reserven die Mindesthöhe nicht erreichen:

a. über die Sicherheitsreserven nach Artikel 78 Absatz 4 des bisherigen Rechts verfügen; und

b. sofern bei ihnen weniger als 50 000 Personen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind, über eine Rückversicherung verfügen.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 6. Juli 2011[548]

Erhält ein Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme von einer nothilfeberechtigten Person, deren Asylentscheid vor dem Inkrafttreten dieser Änderung rechtskräftig wurde, so sind die Prämien und der Aufschlag nach dieser Änderung rückwirkend ab dem Inkrafttreten dieser Änderung geschuldet.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2. November 2011[549]

In Bezug auf Island, Liechtenstein und Norwegen gilt bis zum Inkrafttreten der Änderung vom …[550] von Anhang K zum EFTA-Abkommen[551] das bisherige Recht.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 4. Juli 2012[552]

[1] Jeder Versicherer muss bis zum 31. Dezember 2013 über eine zertifizierte Datenannahmestelle nach Artikel 59*a* Absatz 6 verfügen. Solange der Versicherer über keine zertifizierte Datenannahmestelle verfügt, ist eine systematische Weitergabe nach Artikel 59*a* Absatz 3 von medizinischen Angaben nur möglich, wenn diese direkt an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach Artikel 57 KVG übermittelt werden.

[2] Bis zur Festlegung der für sie anwendbaren Klassifikationen durch das EDI (Art. 59*a*^{bis}) geben die Leistungserbringer im ambulanten Bereich sowie in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie die Diagnosen und Prozeduren nach den in den anwendbaren Tarifverträgen vereinbarten Modalitäten und Codierungen weiter.[553]

547 AS **2011** 3449
548 AS **2011** 3535
549 AS **2012** 955
550 AS …
551 SR **0.632.31**
552 AS **2012** 4089
553 Fassung gemäss Ziff. II der V vom 19. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS **2014** 4391, **2015** 1177).

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 8. Mai 2013[554]

Artikel 65*f* gilt auch für Gesuche um Indikationserweiterung oder um Änderung oder Aufhebung einer Limitierung, welche beim Inkrafttreten dieser Änderung noch beim BAG hängig sind.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. November 2013[555]

1 Die von den Kantonen gestützt auf Artikel 2 Absatz 4bis ausgesprochenen Befreiungen bleiben bis zu ihrem Ablauf gültig.

2 Für Leistungen, die vor dem 1. März 2014 erbracht werden, gilt Artikel 104 Absatz 2 Buchstabe c in der Fassung der Änderung vom 3. Dezember 2010[556]. Massgebend ist das Behandlungsdatum.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. April 2015[557]

1 Im Jahr 2016 findet keine Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65*d* statt.[558]

2 Die Bestimmungen der Änderung vom 29. April 2015 gelten auch für Gesuche, die beim Inkrafttreten dieser Änderung beim BAG hängig sind.

3 Für Verfügungen des BAG, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 29. April 2015 erlassen wurden, gilt Artikel 71 Absätze 2–4 nicht.

4 Artikel 65*d* Absatz 3 Buchstabe c gilt nicht für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Originalpräparaten, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 29. April 2015 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden.

5 Die Rückerstattung von Mehreinnahmen bei Arzneimitteln, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 29. April 2015 in die Spezialitätenliste aufgenommen und bis dahin noch nicht nach Artikel 65*d* überprüft wurden, wird bei der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach Artikel 67 Absatz 2ter in der bisherigen Fassung beurteilt.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 9. Dezember 2016[559]

Für Gesuche um Anerkennung der Gleichwertigkeit von Weiterbildungstiteln in Labormedizin nach Artikel 54*a*, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 9. Dezember 2016 eingereicht wurden, gilt das bisherige Recht.

554 AS **2013** 1353
555 AS **2013** 4523
556 AS **2010** 6161
557 AS **2015** 1255
558 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. März 2016, in Kraft seit 1. Mai 2016 (AS **2016** 1175).
559 AS **2016** 4927

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Februar 2017[560]

[1] Die Bestimmungen der Änderung vom 1. Februar 2017 gelten auch für Gesuche, die beim Inkrafttreten dieser Änderung beim BAG hängig sind.

[2] Die erste Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65*d* wird im Jahr 2017 durchgeführt.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 5. April 2017[561]

[1] Apothekerinnen und Apotheker, die sich bei Inkrafttreten der Änderung vom 5. April 2017 in der zweijährigen praktischen Weiterbildung in einer Apotheke befinden und über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 65 Absatz 1[bis] MedBG[562] verfügen, können innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen werden, wenn sie diese Weiterbildung bis dahin abgeschlossen haben.

[2] Apothekerinnen und Apothekern, die bei Inkrafttreten der Änderung vom 5. April 2017 bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben zugelassen.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19. März 2021[563]

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 26. Mai 2021[564]

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 23. Juni 2021[565]

[1] Die Versicherer müssen den Kantonen innert sechs Monaten nach Inkrafttreten der Änderung vom 23. Juni 2021 die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020[566] auf ihrem Gebiet zugelassenen Leistungserbringern zukommen lassen.

[2] Die Listen der akutsomatischen Spitäler und der Geburtshäuser müssen innert vier Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 23. Juni 2021 den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.

560 AS **2017** 623
561 AS **2017** 2705
562 SR **811.11**
563 AS **2021** 188. Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, mit Wirkung seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
564 AS **2021** 323. Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Juni 2021, mit Wirkung seit 1. Jan. 2022 (AS **2021** 439).
565 AS **2021** 439
566 AS **2021** 413

3 Die Listen der Spitäler in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation müssen innert sechs Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 23. Juni 2021 den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.

4 Die Listen der Pflegeheime müssen innert fünf Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 23. Juni 2021 den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.

5 Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom 23. Juni 2021 über eine psychotherapeutische Berufserfahrung in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung von mindestens drei Jahren verfügen, die von einer qualifizierten Supervision begleitet wurde, werden zugelassen, auch wenn diese Berufserfahrung die Voraussetzungen nach Artikel 50*c* Buchstabe b nicht erfüllt. Bei einer Teilzeitbeschäftigung verlängert sich die Mindestdauer entsprechend.

6 Podologen und Podologinnen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom 23. Juni 2021 über eine kantonale Bewilligung zur Behandlung von Risikopersonen in eigener fachlicher Verantwortung verfügen, sind zugelassen, wenn sie Inhaber oder Inhaberinnen einer der folgenden Abschlüsse sind:

a. Fähigkeitszeugnis als Podologe oder Podologin des Schweizerischen Podologen-Verbandes (SPV);

b. Fähigkeitszeugnis des Fachverbandes Schweizerischer Podologen (FSP);

c. Diplom als Podologe oder Podologin des Kantons Tessin ergänzt mit dem bestandenen Kurs über den diabetischen Fuss des Centro professionale sociosanitario (CPS) Lugano in Zusammenarbeit mit der Unione dei podologi della Svizzera italiana (UPSI).

7 Bei Podologen und Podologinnen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom 23. Juni 2021 einen Abschluss nach Artikel 50*d* Buchstabe b oder nach Absatz 6 besitzen oder innerhalb von zwei Jahren ein Diplom nach Artikel 50*d* Buchstabe b erwerben, wird jede praktische Tätigkeit nach dem Erwerb des Diploms als Podologe oder Podologin vor dem Inkrafttreten der Änderung und während vier Jahren danach für die Beurteilung der Erfüllung des Erfordernisses der zweijährigen praktischen Tätigkeit nach Artikel 50*d* Buchstabe c angerechnet, auch wenn die Tätigkeit die Voraussetzungen nach Artikel 50*d* Buchstabe c nicht erfüllt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. November 2021[567]

1 Artikel 65 Absatz 1bis gilt auch für Gesuche um Aufnahme in die Spezialitätenliste, die beim Inkrafttreten der Änderung vom 3. November 2021 beim BAG hängig sind.

2 Arzneimittel, die die Voraussetzungen für eine Aufnahme in die Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste nach Artikel 3^{sexies} IVV[568] erfüllen und in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, werden in Umsetzung von Artikel 65 Absatz 1bis im Rahmen der Überprüfung nach Artikel 65*d* in die Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste überführt.

567 AS **2021** 706
568 SR **831.201**

3 Arzneimittel, die in der Geburtsgebrechenmedikamentenliste der Spezialitätenliste aufgeführt sind, werden im Rahmen der Überprüfung nach Artikel 65*d* in die Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste nach Artikel 3sexies IVV oder die Spezialitätenliste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG überführt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. September 2023[569]

1 Die Änderung vom 22. September 2023 gilt auch für Verfahren, die beim Inkrafttreten dieser Änderung beim BAG hängig sind.

2 Für Verfahren der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach Artikel 65*d*, die beim Inkrafttreten der Änderung vom 22. September 2023 beim BAG hängig sind, gilt das bisherige Recht.

3 Bei vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 22. September 2023 entschiedenen Kostengutsprachegesuchen nach den Artikeln 71*a*–71*d* gilt noch während drei Monaten nach Inkrafttreten dieser Änderung das bisherige Recht.

4 Bei der ersten Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach dem Inkrafttreten der Änderung vom 22. September 2023 wird die Wirtschaftlichkeit von Biosimilars, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, anhand der Preisabstände der Aufnahme (Art. 65*c*bis) beurteilt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. November 2023[570]

1 Der Kanton informiert den Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals über die Übernahme von zusätzlich 3 Prozent einer Forderung, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 18. März 2022[571] des KVG bereits einen Anteil von 85 Prozent übernommen hatte.

2 Der Versicherer bestätigt die Forderung innerhalb von 30 Tagen nach der Information durch den Kanton oder informiert den Kanton über jede eingegangene Bezahlung seit der Zahlung des Anteils von 85 Prozent durch den Kanton. Hat der Kanton zusätzlich 3 Prozent der Forderung übernommen, so tritt der Versicherer ihm diese Forderung innerhalb von drei Monaten nach der Zahlung durch den Kanton ab, sofern es sich um Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen oder Betreibungskosten handelt.

3 Die versicherte Person, deren Kanton zusätzlich 3 Prozent einer gemeldeten Forderung übernommen hat, gilt ab der Zahlung durch den Kanton nicht mehr als säumig.

569 AS **2023** 570
570 AS **2023** 751
571 AS **2022** 701

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 8. Mai 2024[572]

Die Kantone erteilen innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 8. Mai 2024 den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, die bei Inkrafttreten dieser Änderung bereits zugelassen sind, einen Leistungsauftrag nach Artikel 36*a* Absatz 3 KVG.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 7. Juni 2024[573]

Bis zum 31. Dezember 2023 angeeignete klinische Erfahrung in psychotherapeutischen-psychiatrischen Einrichtungen, die über eine Anerkennung des SIWF als ambulante oder stationäre Weiterbildungsstätte der Kategorie A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» vom 1. Juli 2009 in der Fassung vom 15. Dezember 2016[574] verfügten, ist der klinischen Erfahrung nach Artikel 50*c* Buchstabe b Ziffer 1 gleichgestellt.

572 AS **2024** 220
573 AS **2024** 265
574 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Anhang 1[575]
(Art. 70*b* Abs. 1[bis])

Gebühren für Eintragungen in der Spezialitätenliste

	Fr.
1. Gebühren pro Gesuch bei Gesuchen um:	
a. Aufnahme von Arzneimitteln, Limitierungsänderungen oder Indikationserweiterungen, die der Eidgenössischen Arzneimittelkommission vorgelegt werden (Gebühr je zur Vergütung beantragte Indikation)	8 000
b. Aufnahme von Arzneimitteln, die der Eidgenössischen Arzneimittelkommission nicht vorgelegt werden	2 500
c. Aufnahme von Arzneimitteln, Limitierungsänderungen oder Indikationserweiterungen, die im beschleunigten Aufnahmeverfahren behandelt werden (Gebühr je zur Vergütung beantragte Indikation)	10 000
d. Aufnahme von Arzneimitteln, Limitierungsänderungen oder Indikationserweiterungen im Rahmen einer vorzeitigen Gesuchseinreichung (Gebühr je zur Vergütung beantragte Indikation)	10 000
e. Preiserhöhung	5 000
f. Änderung der Packungsgrössen	2 500
g. Änderung der Dosisstärke	2 500
h. Wiedererwägung	2 500
2. Jahresgebühr pro aufgenommenes Arzneimittel und aufgeführte Packung	40
3. Gebühren zur Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre folgender Arzneimittel, sofern die Überprüfung nicht zu einer Streichung des Arzneimittels führt:	
a. Originalpräparate	500
b. andere Arzneimittel	200
4. Weitere Gebühren:	
a. jede weitere Beratung durch die Eidgenössische Arzneimittelkommission nach der ersten Beratung für Gesuche nach Ziffer 1 Buchstaben a, c und d	5 000
b. jede weitere Mitteilung nach der ersten Mitteilung für Gesuche nach Ziffer 1	1 000
c. Vorabklärung	2 500
d. Weitere Vorabklärung im Hinblick auf die vorzeitige Gesuchseinreichung	2 500

575 Eingefügt durch Ziff. II der V vom 8. Mai 2013 (AS **2013** 1353). Fassung gemäss Ziff. II der V vom 22. Sept. 2023, in Kraft seit 1. Jan. 2024 (AS **2023** 570).).

Anhang 2[576]

Aufhebung und Änderung von Verordnungen

1. Es werden aufgehoben:

a. Die Verordnung I vom 22. Dezember 1964[577] über die Krankenversicherung betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände sowie die Berechnung der Bundesbeiträge;
b. die Verordnung II vom 22. Dezember 1964[578] über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen;
c. die Verordnung III vom 15. Januar 1965[579] über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände;
d. die Verordnung IV vom 15. Januar 1965[580] über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung kantonaler Befähigungsausweise der Chiropraktoren für die Krankenversicherung;
e. die Verordnung V vom 2. Februar 1965[581] über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit;
f. die Verordnung VI vom 11. März 1966[582] über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung;
g. die Verordnung VII vom 29. März 1966[583] über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Laboratorien zur Betätigung für die Krankenversicherung;
h. die Verordnung VIII vom 30. Oktober 1968[584] über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen;
i die Verordnung vom 22. November 1989[585] über den Betrieb anderer Versicherungsarten durch anerkannte Krankenkassen.

2.–10.

…[586]

576 Ursprünglich Anhang.
577 [AS **1964** 1289; **1974** 978; **1986** 685; **1990** 1675; **1991** 609, 2547; **1992** 1738 Art. 18]
578 [AS **1965** 31; **1984** 1481; **1990** 1674; **1991** 606, 2546]
579 [AS **1965** 41; **1968** 43 Ziff. V, 1068; **1969** 1126 Ziff. II; **1974** 978 Ziff. II; **1983** 38 Art. 142; **1984** 1485; **1986** 85]
580 [AS **1965** 55]
581 [AS **1965** 90; **1969** 77 Ziff. II Bst. B Ziff. 3, 1220; **1970** 1644; **1984** 1479; **1986** 80 1706; **1990** 21 2039; **1991** 370 Anhang Ziff. 18]
582 [AS **1966** 499; **1971** 1185]
583 [AS **1966** 570]
584 [AS **1968** 1318; **1982** 2178; **1984** 1486; **1986** 89; **1988** 1563]
585 [AS **1989** 2430]
586 Die Änderungen können unter AS **1995** 3867 konsultiert werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Teil: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Titel: Versicherungspflicht

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

1. Abschnitt: Versicherungspflichtige Personen

Versicherungspflicht ... Art. 1
Ausnahmen von der Versicherungspflicht ... Art. 2
Grenzgänger und Grenzgängerinnen ... Art. 3
Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ... Art. 4
Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland ... Art. 5
Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht ... Art. 6

2. Abschnitt: Beginn und Ende der Versicherung

Angaben im Beitrittsformular ... Art. 6*a*
Sonderfälle ... Art. 7
Fortdauer des Versicherungsschutzes für nicht mehr unterstellte Personen ... Art. 7*a*
Fortdauer der Versicherungspflicht ... Art. 7*b*
Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt ... Art. 8
Beendigung des Versicherungsverhältnisses ... Art. 9

3. Abschnitt: Aufgaben der Kantone

... Art. 10

2. Kapitel: Sistierung der Versicherungspflicht und der Unfalldeckung

Sistierung der Versicherungspflicht ... Art. 10*a*
Sistierung der Unfalldeckung ... Art. 11

2. Titel: Organisation

1. Kapitel: …

Aufgehoben ... Art. 12–15
Aufgehoben ... Art. 15*a*

2. Kapitel: …

Aufgehoben ... Art. 16–18

3. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung

Erfüllung internationaler Verpflichtungen ... Art. 19
Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone ... Art. 19*a*

Aufgehoben ..... Art. 19*b*
Aufgehoben ..... Art. 20–21
Streitigkeiten ..... Art. 22

4. Kapitel: Förderung der Gesundheit

..... Art. 23

5. Kapitel: Aufsicht

1. Abschnitt: …

Aufgehoben ..... Art. 24–26

2. Abschnitt: Beschwerde durch das BAG

..... Art. 27

3. Abschnitt: Daten

Daten der Versicherer ..... Art. 28
Aufgehoben ..... Art. 28*a*
Veröffentlichung der Daten der Versicherer ..... Art. 28*b*
Gesuch für besondere Nutzung ..... Art. 28*c*
Durchschnittlicher Versichertenbestand ..... Art. 29
Daten der Leistungserbringer ..... Art. 30
Erhebung und Bearbeitung der Daten der Leistungserbringer ..... Art. 30*a*
Weitergabe der Daten der Leistungserbringer ..... Art. 30*b*
Bearbeitungsreglement ..... Art. 30*c*
Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer ..... Art. 31
Sicherheit und Aufbewahrung der Daten ..... Art. 31*a*
Wirkungsanalyse ..... Art. 32

3. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

Allgemeine Leistungen ..... Art. 33
Analysen und Arzneimittel ..... Art. 34
Geburtsgebrechen ..... Art. 35
Komplementärmedizin ..... Art. 35*a*

2. Kapitel: Umfang der Kostenübernahme

Leistungen im Ausland ..... Art. 36
Kostenübernahme bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit ..... Art. 36*a*
Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Versicherte ..... Art. 36*b*

Kostenübernahme bei internationaler Leistungsaushilfe für im Ausland versicherte Personen ..... Art. 37

3. Kapitel: Kommissionen

Beratende Kommissionen ..... Art. 37*a*
Allgemeine Bestimmungen ..... Art. 37*b*
Aufgehoben ..... Art. 37*c*
Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen ..... Art. 37*d*
Eidgenössische Arzneimittelkommission ..... Art. 37*e*
Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände ..... Art. 37*f*
Aufgehoben ..... Art. 37*g*

4. Titel: Leistungserbringer

1. Kapitel: Zulassung

1. Abschnitt: Ärzte und Ärztinnen sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen

Ärzte und Ärztinnen ..... Art. 38
Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen ..... Art. 39

2. Abschnitt:Apotheker und Apothekerinnen

..... Art. 40
Aufgehoben ..... Art. 41

3. Abschnitt: Zahnärzte und Zahnärztinnen

..... Art. 42
Aufgehoben ..... Art. 43

4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie Organisationen der Chiropraktik

Chiropraktoren und Chiropraktorinnen ..... Art. 44
Organisationen der Chiropraktik ..... Art. 44*a*

5. Abschnitt: Hebammen und Organisationen der Hebammen

Hebammen ..... Art. 45
Organisationen der Hebammen ..... Art. 45*a*

6. Abschnitt: Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen

Aufgehoben ..... Art. 46
Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen ..... Art. 47
Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen ..... Art. 48
Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen ..... Art. 49
Logopäden und Logopädinnen ..... Art. 50
Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen ..... Art. 50*a*
Neuropsychologen und Neuropsychologinnen ..... Art. 50*b*
Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen ..... Art. 50*c*
Podologen und Podologinnen ..... Art. 50*d*
Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ..... Art. 51
Organisationen der Physiotherapie ..... Art. 52
Organisationen der Ergotherapie ..... Art. 52*a*
Organisationen der Logopädie ..... Art. 52*b*
Organisationen der Ernährungsberatung ..... Art. 52*c*
Organisationen der Neuropsychologie ..... Art. 52*d*
Organisationen der psychologischen Psychotherapie ..... Art. 52*e*
Organisationen der Podologie ..... Art. 52*f*

7. Abschnitt: Laboratorien

Grundsatz ..... Art. 53
Voraussetzungen ..... Art. 54
Verfahren und Gebühren ..... Art. 54*a*

8. Abschnitt: Abgabestellen für Mittel und Gegenstände

..... Art. 55

8*a*. Abschnitt: Geburtshäuser

..... Art. 55*a*

9. Abschnitt: Transport- und Rettungsunternehmen

..... Art. 56

10. Abschnitt: Heilbäder

Im Allgemeinen ..... Art. 57
Heilquellen ..... Art. 58

11. Abschnitt: Planungskriterien

Grundsatz ..... Art. 58*a*
Versorgungsplanung ..... Art. 58*b*

Art der Planung ..... Art. 58*c*
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität ..... Art. 58*d*
Interkantonale Koordination der Planungen ..... Art. 58*e*
Listen und Leistungsaufträge ..... Art. 58*f*

12. Abschnitt: Qualitätsanforderungen

..... Art. 58*g*

2. Kapitel: Rechnungstellung

Rechnungsstellung im Allgemeinen ..... Art. 59
Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG ..... Art. 59*a*
Rechnungsstellung im ambulanten Bereich ..... Art. 59*a*bis
Datensichernde Massnahmen und Aufbewahrung ..... Art. 59*a*ter

3. Kapitel: Tarife und Preise

1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag

Aufgehoben ..... Art. 59*b*
Grundsätze für Tarifverträge ..... Art. 59*c*
Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen im stationären Bereich ..... Art. 59*c*bis
Inhalt des Gesuchs um Genehmigung eines Tarifvertrags ..... Art. 59*c*ter
Aufgaben der zuständigen Behörde ..... Art. 59*c*quater
Pflicht zur Überprüfung der Tarife ..... Art. 59*d*
Anpassung der Tarifverträge ..... Art. 59*d*bis
Fallbeitrag ..... Art. 59*e*

1*a*. Abschnitt: Datenbekanntgabe

Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen ..... Art. 59*f*
Übermittlung der Daten ..... Art. 59*g*
Kantonale Bearbeitungsreglemente ..... Art. 59*h*
Sicherheit und Aufbewahrung der Daten ..... Art. 59*i*

2. Abschnitt: Analysenliste

Veröffentlichung ..... Art. 60
Aufnahme, Streichung ..... Art. 61
Separate Bezeichnung bestimmter Analysen ..... Art. 62

3. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

..... Art. 63

4. Abschnitt: Spezialitätenliste

Aufgehoben ..... Art. 64

Begriffe ..... Art. 64*a*
Aufnahmebedingungen ..... Art. 65
Beurteilung der Wirksamkeit ..... Art. 65*a*
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit: Grundsatz ..... Art. 65*b*
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit: therapeutischer Quervergleich ..... Art. 65*b*bis
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit: Innovationszuschlag beim therapeutischen Quervergleich ..... Art. 65*b*ter
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit: Auslandpreisvergleich ..... Art. 65*b*quater
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Generika ..... Art. 65*c*
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Biosimilars ..... Art. 65*c*bis
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Biosimilars ..... Art. 65*c*ter
Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei für den Parallelimport zugelassenen Arzneimitteln ..... Art. 65*c*quater
Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Allgemeines ..... Art. 65*d*
Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Generika ..... Art. 65*d*bis
Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Biosimilars ..... Art. 65*d*ter
Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Präparaten mit bekanntem Wirkstoff, die nicht als Generika in der Spezialitätenliste aufgeführt sind ..... Art. 65*d*quater
Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von für den Parallelimport zugelassenen Arzneimitteln ..... Art. 65*d*quinques
Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf ..... Art. 65*e*
Indikationserweiterung und Limitierungsänderung ..... Art. 65*f*
Indikationseinschränkung ..... Art. 65*g*
Unabhängigkeit der Preisüberprüfungen ..... Art. 66
Zwischenüberprüfung ..... Art. 66*a*
Co-Marketing-Arzneimittel und Generika ..... Art. 66*b*
Preise ..... Art. 67
Rückerstattung von Mehreinnahmen ..... Art. 67*a*
Streichung ..... Art. 68
Ende der Vergütungspflicht ..... Art. 68*a*
Gesuche ..... Art. 69
Vorabklärung und vorzeitige Gesuchseinreichung ..... Art. 69*a*

Vorübergehend nicht verfügbare Arzneimittel der Spezialitätenliste ... Art. 69*b*
Aufnahme ohne Gesuch ... Art. 70
Nähere Vorschriften ... Art. 70*a*
Gebühren ... Art. 70*b*
Veröffentlichungen ... Art. 71

4*a*. Abschnitt: Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall

Übernahme der Kosten eines Arzneimittels der Spezialitätenliste ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung ... Art. 71*a*
Übernahme der Kosten eines von der Swissmedic zugelassenen nicht in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels ... Art. 71*b*
Übernahme der Kosten eines von der Swissmedic nicht zugelassenen importierten Arzneimittels ... Art. 71*c*
Gemeinsame Bestimmungen ... Art. 71*d*
Übernahme der Kosten von Arzneimitteln zur Behandlung von Covid-19 ... Art. 71*e*
... Art. 71*f*

5. Abschnitt: Gemeinsame Bestimmungen für die Analysenliste, die Arzneimittelliste mit Tarif und die Spezialitätenliste

Aufgehoben ... Art. 72
Limitierungen ... Art. 73
Gesuche und Vorschläge ... Art. 74
Nähere Vorschriften ... Art. 75

3*a*. Kapitel: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

1. Abschnitt: Kostenziele

Gesamtziele ... Art. 75*a*
Ziele für die Kostengruppen ... Art. 75*b*

2. Abschnitt: Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Mitglieder ... Art. 75*c*
Aufgaben und Kompetenzen ... Art. 75*d*
Organisation ... Art. 75*e*

Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission ..... Art. 75*f*

4. Kapitel: Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Angaben über die erbrachten Leistungen ..... Art. 76
Weitergabe der Vergünstigung ..... Art. 76*a*
Vereinbarung über die nicht vollumfängliche Weitergabe von Vergünstigungen ..... Art. 76*b*
Berichterstattung an das BAG ..... Art. 76*c*
Qualitätsverträge ..... Art. 77
Eidgenössische Qualitätskommission ..... Art. 77*a*
Daten der Kantone, der Leistungserbringer und der Versicherer ..... Art. 77*b*
Aufbewahrung, Löschung und Vernichtung der Daten ..... Art. 77*c*
Auswahlverfahren bei der Übertragung von Aufgaben mit Abgeltung ..... Art. 77*d*
Finanzhilfen ..... Art. 77*e*
Leistungsvereinbarungen bei Abgeltungen und Finanzhilfen ..... Art. 77*f*
Berechnung der Finanzierungsanteile der Kantone und der Versicherer ..... Art. 77*g*
Einforderung der Beiträge ..... Art. 77*h*
Abrechnung ..... Art. 77*i*
Bussen und Sanktionen ..... Art. 77*j*
Qualitätssicherung ..... Art. 77*k*
Zugriff auf den Dienst zur Abfrage der Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen ..... Art. 77*k*^{bis}

4*a*. Titel: Pilotprojekte

Gesuch ..... Art. 77*l*
Kosten ..... Art. 77*m*
Bewilligung ..... Art. 77*n*
Verordnungen des EDI zu den Pilotprojekten ..... Art. 77*o*
Teilnahme ..... Art. 77*p*
Evaluationen ..... Art. 77*q*
Berichterstattung an den Bundesrat ..... Art. 77*r*

5. Titel: Finanzierung

1. Kapitel: …

Aufgehoben ..... Art. 78

Aufgehoben ..... Art. 78*a*–78*c*
Aufgehoben ..... Art. 79
Aufgehoben ..... Art. 80
Aufgehoben ..... Art. 80*a*–80*i*
Aufgehoben ..... Art. 81–85
Aufgehoben ..... Art. 85*a*
Aufgehoben ..... Art. 86–88

2. Kapitel: Prämien der Versicherten

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Angabe der Prämien ..... Art. 89
Prämienbezahlung ..... Art. 90
Vergütungszinsen ..... Art. 90*a*
Aufgehoben ..... Art. 90*b*
Minimale Prämie ..... Art. 90*c*
Abstufung der Prämien ..... Art. 91
Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung ..... Art. 91*a*
Verfahren zur Festlegung der Prämienregionen ..... Art. 91*b*
Mittlere Prämie ..... Art. 92

1*a*. Abschnitt: Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich

Prämienerhebung ..... Art. 92*a*
Aufgehoben ..... Art. 92*b* und 92*c*

1*b*. Abschnitt: Prämien von nothilfeberechtigten Personen nach Artikel 82 AsylG

..... Art. 92*d*

2. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Versicherung mit wählbaren Franchisen a. Wählbare Franchisen ..... Art. 93
b. Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise ..... Art. 94
c. Prämien ..... Art. 95
Bonusversicherung a. Grundsatz ..... Art. 96
b. Bei- und Austritt ..... Art. 97
c. Prämien ..... Art. 98
Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer a. Grundsatz ..... Art. 99
b. Bei- und Austritt ..... Art. 100
c. Prämien ..... Art. 101

Besondere Versicherungsformen für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich ..... Art. 101*a*

3. Abschnitt: Entschädigungen an Dritte

..... Art. 102

3. Kapitel: Kostenbeteiligung

Franchise und Selbstbehalt ..... Art. 103
Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts ..... Art. 104
Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung ..... Art. 104*a*
Kostenbeteiligung bei Mutterschaft ..... Art. 105

3*a*. Kapitel: Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Verzugszins ..... Art. 105*a*
Mahnverfahren ..... Art. 105*b*
Ausschluss der Verrechnung ..... Art. 105*c*
Meldung der zuständigen kantonalen Behörde ..... Art. 105*d*
Meldungen über Betreibungen ..... Art. 105*e*
Meldungen über Verlustscheine und andere Forderungen ..... Art. 105*f*
Zusätzliche Übernahme der gemeldeten Forderungen ..... Art. 105*f*^{bis}
Personendaten ..... Art. 105*g*
Datenaustausch ..... Art. 105*h*
Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel ..... Art. 105*i*
Revisionsstelle ..... Art. 105*j*
Begleichung der von den Versicherern übermittelten Abrechnungen ..... Art. 105*k*
Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit ..... Art. 105*l*
Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich ..... Art. 105*m*

4. Kapitel: Prämienverbilligung durch die Kantone

1. Abschnitt: Anspruchsberechtigte

Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte mit einer Aufenthaltsbewilligung, die mindestens drei Monate gültig ist ..... Art. 106
Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen ..... Art. 106*a*

2. Abschnitt: Durchführung der Prämienverbilligung
Meldungen des Kantons ... Art. 106*b*
Aufgaben des Versicherers ... Art. 106*c*
Datenaustausch ... Art. 106*d*
Kosten ... Art. 106*e*

2. Teil: Freiwillige Taggeldversicherung
Aufgehoben ... Art. 107 und 108
Prämienbezahlung, Verzugs- und Vergütungszinsen ... Art. 108*a*
Beitritt ... Art. 109

3. Teil: Koordinationsregeln

1. Titel: Leistungskoordination

1. Kapitel: Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen

1. Abschnitt: Abgrenzung der Leistungspflicht
Grundsatz ... Art. 110
Unfallmeldung ... Art. 111

2. Abschnitt: Vorleistungspflicht
Im Verhältnis zur Unfallversicherung und zur Militärversicherung ... Art. 112
Im Verhältnis zur Invalidenversicherung ... Art. 113
Informationspflicht ... Art. 114
Aufgehoben ... Art. 115
Unterschiedliche Tarife ... Art. 116

3. Abschnitt: Rückvergütung von Leistungen anderer Sozialversicherer
Grundsatz ... Art. 117
Auswirkungen auf die Versicherten ... Art. 118
Unterschiedliche Tarife ... Art. 119

4. Abschnitt: Informationspflicht der Versicherer
Aufgehoben ... Art. 120
Aufgehoben ... Art. 121

2. Kapitel: Überentschädigung
Aufgehoben ... Art. 122

2. Titel: …
Aufgehoben ... Art. 123–126

4. Teil: Verfügung, Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten

Verfügung ..... Art. 127
Aufgehoben ..... Art. 128–129
Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten ..... Art. 130

5. Teil: Schlussbestimmungen

1. Titel: Übergangsbestimmungen

Aufgehoben ..... Art. 131
Bestehende Versicherungsverhältnisse ..... Art. 132
Aufgehoben ..... Art. 133
Leistungserbringer ..... Art. 134
Aufgehoben ..... Art. 135
Aufgehoben ..... Art. 136

2. Titel: Inkrafttreten

..... Art. 137

Schlussbestimmungen der Änderung vom 17. September 1997 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 23. Februar 2000 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 2. Oktober 2000 ..... *Gegenstandslos*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Mai 2002 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Juni 2002 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 6. Juni 2003 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Mai 2004 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Dezember 2004 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 9. November 2005 ..... *Aufgehoben*
Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. April 2006 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 27. Juni 2007 .....

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. August 2007 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 .....
Schlussbestimmungen der Änderung vom 13. März 2009 .....
Übergangsbestimmungen der Änderung vom 24. Juni 2009 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Juli 2009 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. Dezember 2010 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. Juni 2011 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 6. Juli 2011
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2. November 2011 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 4. Juli 2012 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 8. Mai 2013 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. November 2013 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. April 2015 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 9. Dezember 2016 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Februar 2017 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 5. April 2017 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19. März 2021 ..... *Aufgehoben*
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 26. Mai 2021 ..... *Aufgehoben*
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 23. Juni 2021 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. November 2021 .....
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. September 2023 .....

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. November 2023 .....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 8. Mai 2024.....
Übergangsbestimmung zur Änderung vom 7. Juni 2024 .....

Anhang 1
Gebühren für Eintragungen in der Spezialitätenliste

Anhang 2
Aufhebung und Änderung von Verordnungen