

# Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2017)

---

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

## 1. Titel:<sup>4</sup> Anwendbarkeit des ATSG

### Art. 1

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

<sup>2</sup> Sie finden keine Anwendung in folgenden Bereichen:

- a. Zulassung und Ausschluss von Leistungserbringern (Art. 35–40 und 59);
- b. Tarife, Preise und Globalbudget (Art. 43–55);
- c.<sup>8</sup> Ausrichtung der Prämienverbilligung nach den Artikeln 65, 65a und 66a sowie Beiträge des Bundes an die Kantone nach Artikel 66;
- d. Streitigkeiten der Versicherer unter sich (Art. 87);
- e. Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89).

AS **1995** 1328

<sup>1</sup> [BS 1 3]. Dieser Bestimmung entspricht Artikel 117 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (SR 101).

<sup>2</sup> Fassung gemäss Ziff. 1 9 des BG vom 8. Okt. 1999, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 701; BBl **1999** 6128).

<sup>3</sup> BBl **1992** I 93

<sup>4</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>5</sup> SR **830.1**

<sup>6</sup> SR **832.12**

<sup>7</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>8</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3472; BBl **2002** 803).

## 1a. Titel: Allgemeine Bestimmungen<sup>9</sup>

### Art. 1a<sup>10</sup> Geltungsbereich

<sup>1</sup> Dieses Gesetz regelt die soziale Krankenversicherung. Sie umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung.

<sup>2</sup> Die soziale Krankenversicherung gewährt Leistungen bei:

- a. Krankheit (Art. 3 ATSG<sup>11</sup>);
- b. Unfall (Art. 4 ATSG), soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt;
- c. Mutterschaft (Art. 5 ATSG).

### Art. 2<sup>12</sup>

## 2. Titel: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

### 1. Kapitel: Versicherungspflicht

#### 1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

### Art. 3 Versicherungspflichtige Personen

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

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, namentlich für Personen, die im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007<sup>13</sup> mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigt sind.<sup>14</sup>

<sup>3</sup> Er kann die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, insbesondere auf solche, die:

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

<sup>10</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>11</sup> SR **830.1**

<sup>12</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>13</sup> SR **192.12**

<sup>14</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. II 11 des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6637; BBl **2006** 8017).

- a.<sup>15</sup> in der Schweiz tätig sind oder dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 Abs. 2 ATSG<sup>16</sup>) haben;
- b. im Ausland von einem Arbeitgeber mit einem Sitz in der Schweiz beschäftigt werden.

<sup>4</sup> Die Versicherungspflicht wird sistiert für Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992<sup>17</sup> über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind. Der Bundesrat regelt das Verfahren.<sup>18</sup>

**Art. 4<sup>19</sup>** Wahl des Versicherers

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern, die nach dem KVAG<sup>20</sup> eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben, frei wählen.

**Art. 4a<sup>21</sup>** Wahl des Versicherers für versicherungspflichtige Familienangehörige mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen

Es sind beim selben Versicherer versichert:

- a. die auf Grund der Erwerbstätigkeit in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen und deren versicherungspflichtigen Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen;
- b. die auf Grund des Bezugs einer schweizerischen Rente versicherungspflichtigen Personen und deren versicherungspflichtigen Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen;
- c. die auf Grund des Bezugs einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtigen Personen und deren versicherungspflichtigen Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.

<sup>15</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>16</sup> SR **830.1**

<sup>17</sup> SR **833.1**

<sup>18</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

<sup>19</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>20</sup> SR **832.12**

<sup>21</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. 1 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

**Art. 5** Beginn und Ende der Versicherung

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

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

<sup>3</sup> Die Versicherung endet, wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht.

**Art. 6** Kontrolle des Beitritts und Zuweisung an einen Versicherer

<sup>1</sup> Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht.

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

**Art. 6a<sup>22</sup>** Kontrolle des Beitritts und Zuweisung an einen Versicherer für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen<sup>23</sup>

<sup>1</sup> Die Kantone informieren über die Versicherungspflicht:

- a. die auf Grund einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen;
- b. die auf Grund des Bezugs einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen;
- c. die auf Grund des Bezugs einer schweizerischen Rente versicherungspflichtigen Personen, die ihren Wohnort von der Schweiz in einen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, nach Island oder nach Norwegen verlegen.<sup>24</sup>

<sup>22</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 858; BBl 2000 4083).

<sup>23</sup> Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 685; BBl 2001 4963).

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

<sup>2</sup> Mit den Informationen nach Absatz 1 gelten auch die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnhaften Familienangehörigen als informiert.<sup>25</sup>

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

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

#### **Art. 7** Wechsel des Versicherers

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

<sup>2</sup> Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit<sup>26</sup> (Bundesamt) genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.<sup>27</sup>

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

<sup>4</sup> Führt ein Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung nach Artikel 43 KVAG<sup>28,29</sup>.

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

<sup>25</sup> Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

<sup>26</sup> Die Bezeichnung der Verwaltungseinheit wurde in Anwendung von Art. 16 Abs. 3 der Publikationsverordnung vom 17. Nov. 2004 (AS **2004** 4937) angepasst.

<sup>27</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Okt. 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

<sup>28</sup> SR **832.12**

<sup>29</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>6</sup> Wenn der bisherige Versicherer den Wechsel des Versicherers verunmöglicht, hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien Differenz.<sup>30</sup>

<sup>7</sup> Der bisherige Versicherer darf eine versicherte Person nicht dazu zwingen, bei einem Wechsel des Versicherers auch die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 KVAG zu kündigen.<sup>31</sup>

<sup>8</sup> Der Versicherer darf einer versicherten Person die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG nicht allein aufgrund der Tatsache kündigen, dass die versicherte Person den Versicherer für die soziale Krankenversicherung wechselt.<sup>32</sup>

## 2. Abschnitt: Ruhen der Unfalldeckung

### Art. 8 Grundsatz

<sup>1</sup> Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Unfallversicherungsgesetz vom 20. März 1981 (UVG)<sup>33</sup> obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt.

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

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

### Art. 9 Information der versicherten Person

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

### Art. 10 Ende der Sistierung; Verfahren

<sup>1</sup> Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung nach dem UVG<sup>34</sup> ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies ihrem Versicherer nach diesem Gesetz zu melden hat. Die gleiche

<sup>30</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Okt. 2000 (AS 2000 2305; BBl 1999 793).

<sup>31</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS 2000 2305; BBl 1999 793). Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941).

<sup>32</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS 2000 2305; BBl 1999 793). Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941).

<sup>33</sup> SR 832.20

<sup>34</sup> SR 832.20

Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.

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

## **2. Kapitel: Organisation**

### **1. Abschnitt: ...**

#### **Art. 11–15<sup>35</sup>**

#### **1a. Abschnitt: Risikoausgleich<sup>36</sup>**

##### **Art. 16<sup>37</sup>** Grundsatz

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

<sup>2</sup> Versicherer mit überdurchschnittlich vielen Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko erhalten von der gemeinsamen Einrichtung Ausgleichsbeiträge.

<sup>3</sup> Die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge müssen die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.

<sup>4</sup> Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch das Alter, das Geschlecht und weitere geeignete Indikatoren der Morbidität abgebildet. Der Bundesrat legt die Indikatoren fest.

<sup>35</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>36</sup> Eingefügt durch Ziff. 1 des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2015** 3345; BBl **2013** 7801 8387).

<sup>37</sup> Fassung gemäss Ziff. 1 des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2015** 3345; BBl **2013** 7801 8387).

**Art. 17<sup>38</sup>** Massgebende Elemente für die Berechnung des Risikoausgleichs

<sup>1</sup> Für die Berechnung des Risikoausgleichs sind die Strukturen der Versichertenbestände im Kalenderjahr massgebend, für das der Risikoausgleich erfolgt (Ausgleichsjahr).

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

<sup>3</sup> Der Bundesrat kann bei den Indikatoren der Morbidität Ausnahmen für die Berechnung des Risikoausgleichs vorsehen.

**Art. 17a<sup>39</sup>** Durchführung

<sup>1</sup> Die gemeinsame Einrichtung (Art. 18) führt den Risikoausgleich unter den Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone durch.

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

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt:

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

## 2. Abschnitt: Gemeinsame Einrichtung

**Art. 18**

<sup>1</sup> Die Versicherer gründen eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung. Die Stiftungsurkunde und die Reglemente der Einrichtung bedürfen der Genehmigung durch das Departement. Kommt die Gründung der gemeinsamen Einrichtung nicht zustande, so nimmt der Bundesrat sie vor. Er erlässt die nötigen Vorschriften, wenn sich die Versicherer über den Betrieb der Einrichtung nicht einigen können.

<sup>38</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2015 3345; BBl 2013 7801 8387).

<sup>39</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2015 3345; BBl 2013 7801 8387).



<sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern nach Artikel 51 KVAG<sup>40,41</sup>

<sup>2bis</sup> Die gemeinsame Einrichtung entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.<sup>42</sup>

<sup>2ter</sup> Sie weist Rentner und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen und die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.<sup>43</sup>

<sup>2quater</sup> Sie unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung nach Artikel 65a für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.<sup>44</sup>

<sup>2quinquies</sup> Sie führt die Prämienverbilligung nach Artikel 66a durch.<sup>45</sup>

<sup>2sexies</sup> Die gemeinsame Einrichtung kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen.<sup>46</sup>

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

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

<sup>5</sup> Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 4 müssen die Versicherer zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. Die gemeinsame Einrichtung fordert diese Beiträge ein und

<sup>40</sup> SR **832.12**

<sup>41</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBI **2012** 1941).

<sup>42</sup> Eingefügt durch Ziff. 1 des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBI **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. 1 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBI **2001** 4963).

<sup>43</sup> Eingefügt durch Ziff. 1 des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBI **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. 1 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBI **2001** 4963).

<sup>44</sup> Eingefügt durch Ziff. 1 des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBI **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. 1 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBI **2001** 4963).

<sup>45</sup> Eingefügt durch Ziff. 1 des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 858; BBI **2000** 4083).

<sup>46</sup> Eingefügt durch Ziff. 1 des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 858; BBI **2000** 4083).

erhebt bei verspäteter Zahlung einen Verzugszins. Die Höhe der Beiträge und des Verzugszinses bemisst sich nach den Reglementen der gemeinsamen Einrichtung.<sup>47</sup>

<sup>5bis</sup> Der Bund übernimmt die Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2<sup>bis</sup>–2<sup>quinquies</sup>.<sup>48</sup>

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

<sup>7</sup> Die gemeinsame Einrichtung führt für jede ihrer Aufgaben eine getrennte Rechnung. Sie genießt Steuerfreiheit nach Artikel 80 ATSG<sup>49,50</sup>

<sup>8</sup> Auf Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht gegen Verfügungen der gemeinsamen Einrichtung nach den Absätzen 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup> und 2<sup>quinquies</sup> ist Artikel 85<sup>bis</sup> Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946<sup>51</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung sinngemäss anwendbar.<sup>52</sup>

### 3. Abschnitt: Förderung der Gesundheit

#### Art. 19 Förderung der Verhütung von Krankheiten

<sup>1</sup> Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.

<sup>2</sup> Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.

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

#### Art. 20 Finanzierung, Aufsicht

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

<sup>47</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

<sup>48</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083).

<sup>49</sup> SR **830.1**

<sup>50</sup> Fassung des Satzes gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>51</sup> SR **831.10**

<sup>52</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 110 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 2197 1069 Art. I Bst. b; BBl **2001** 4202).

<sup>2</sup> Das Departement setzt auf Antrag der Institution den Beitrag fest. Es erstattet den zuständigen Kommissionen der eidgenössischen Räte Bericht über die Verwendung dieser Mittel.<sup>53</sup>

<sup>3</sup> Es übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Institution aus.<sup>54</sup> Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht sind dem Bundesamt zur Genehmigung vorzulegen.

#### 4. Abschnitt: Statistiken<sup>55</sup>

**Art. 21**<sup>56</sup>

**Art. 21a**<sup>57</sup>

**Art. 22**<sup>58</sup>

**Art. 22a**<sup>59</sup>

**Art. 23**<sup>60</sup> ...<sup>61</sup>

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

<sup>53</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. II 10 des BG vom 22. März 2002 über die Anpassung von Organisationsbestimmungen des Bundesrechts, in Kraft seit 1. Febr. 2003 (AS **2003** 187; BBl **2001** 3845).

<sup>54</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. II 10 des BG vom 22. März 2002 über die Anpassung von Organisationsbestimmungen des Bundesrechts, in Kraft seit 1. Febr. 2003 (AS **2003** 187; BBl **2001** 3845).

<sup>55</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>56</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>57</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Dez. 1998 (AS **1999** 2041; BBl **1998** 1335 1342). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>58</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>59</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung) (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>60</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>61</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

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

<sup>3</sup> Das Bearbeiten von Daten zu statistischen Zwecken erfolgt nach dem Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992<sup>62</sup>.

### 3. Kapitel: Leistungen

#### 1. Abschnitt: Umschreibung des Leistungsbereichs

##### Art. 24 Grundsatz

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

<sup>2</sup> Die übernommenen Leistungen werden dem Datum beziehungsweise der Periode der Behandlung zugeordnet.<sup>63</sup>

##### Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

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

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

- a.<sup>64</sup> die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von:
  1. Ärzten oder Ärztinnen,
  2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,
  3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;
- b. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
- c. einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren;
- d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;

<sup>62</sup> SR 431.01

<sup>63</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941).

<sup>64</sup> Fassung gemäss Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3517 6847 Ziff. I; BBl 2005 2033).

- e.<sup>65</sup> den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung;
- f.<sup>66</sup> ...
- f<sup>bis</sup>.<sup>67</sup> den Aufenthalt bei Entbindung in einem Geburtshaus (Art. 29);
- g. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten;
- h.<sup>68</sup> die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.

#### **Art. 25a<sup>69</sup>** Pflegeleistungen bei Krankheit

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.<sup>70</sup>

<sup>2</sup> Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherter und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

<sup>3</sup> Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

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

<sup>5</sup> Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

<sup>65</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>66</sup> Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), mit Wirkung seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>67</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>68</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

<sup>69</sup> Eingefügt durch Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3517 6847 Ziff. I; BBl **2005** 2033).

<sup>70</sup> Siehe auch die UeB Änd. 13.06.2008 am Schluss dieses Textes.

**Art. 26**      Medizinische Prävention

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

**Art. 27<sup>71</sup>**      Geburtsgebrechen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG<sup>72</sup>), die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

**Art. 28**      Unfälle

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Unfällen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b<sup>73</sup> die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

**Art. 29**      Mutterschaft

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft.

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

- a. die von Ärzten und Ärztinnen oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft;
- b.<sup>74</sup> die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen;
- c. die notwendige Stillberatung;
- d.<sup>75</sup> die Pflege und den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält.

<sup>71</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>72</sup> SR **830.1**

<sup>73</sup> Heute: nach Art. 1a Abs. 2 Bst. b.

<sup>74</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>75</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

**Art. 30<sup>76</sup>** Strafloser Abbruch der Schwangerschaft

Bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft nach Artikel 119 des Strafgesetzbuches<sup>77</sup> übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

**Art. 31** Zahnärztliche Behandlungen

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese:

- a. durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist; oder
- b. durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist; oder
- c. zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

<sup>2</sup> Sie übernimmt auch die Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b<sup>78</sup> verursacht worden sind.

## 2. Abschnitt: Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme

**Art. 32** Voraussetzungen

<sup>1</sup> Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

<sup>2</sup> Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

**Art. 33** Bezeichnung der Leistungen

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

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

<sup>76</sup> Fassung gemäss Ziff. II des BG vom 23. März 2001, in Kraft seit 1. Okt. 2002 (AS 2002 2989; BBl 1998 3005 5376).

<sup>77</sup> SR 311.0

<sup>78</sup> Heute: nach Art. 1a Abs. 2 Bst. b.

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

<sup>4</sup> Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.

<sup>5</sup> Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.

#### **Art. 34**            Umfang

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

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 oder 29 übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Er kann bestimmen, in welchen Fällen die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer Entbindung übernimmt, die aus andern als medizinischen Gründen im Ausland erfolgt. Er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen.

### **4. Kapitel: Leistungserbringer**

#### **1. Abschnitt: Zulassung**

#### **Art. 35**            Grundsatz

<sup>1</sup> Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.

<sup>2</sup> Leistungserbringer sind:

- a.    Ärzte und Ärztinnen;
- b.    Apotheker und Apothekerinnen;
- c.    Chiropraktoren und Chiropraktorinnen;
- d.    Hebammen;
- e.    Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;
- f.    Laboratorien;
- g.    Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;
- h.    Spitäler;



- i.<sup>79</sup> Geburtshäuser;
- k. Pflegeheime;
- l. Heilbäder;
- m.<sup>80</sup> Transport- und Rettungsunternehmen;
- n.<sup>81</sup> Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen.

### **Art. 36**           Ärzte und Ärztinnen

<sup>1</sup> Ärzte und Ärztinnen sind zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen.

<sup>2</sup> Der Bundesrat regelt die Zulassung von Ärzten und Ärztinnen mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

<sup>3</sup> Zahnärzte und Zahnärztinnen sind für Leistungen nach Artikel 31 den Ärzten und Ärztinnen gleichgestellt.

### **Art. 36a**           Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen

Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, sind zugelassen, wenn die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen die Voraussetzungen nach Artikel 36 erfüllen.

### **Art. 37**           Apotheker und Apothekerinnen

<sup>1</sup> Apotheker und Apothekerinnen sind zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen.

<sup>2</sup> Der Bundesrat regelt die Zulassung von Apothekern und Apothekerinnen mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

<sup>3</sup> Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen mit einer kantonalen 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.

<sup>79</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>80</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

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

**Art. 38<sup>82</sup>** Andere Leistungserbringer

Der Bundesrat regelt die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c–g, i und m.<sup>83</sup> Er hört zuvor die Kantone und die interessierten Organisationen an.

**Art. 39** Spitäler und andere Einrichtungen

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

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

<sup>2</sup> Die Kantone koordinieren ihre Planung.<sup>84</sup>

<sup>2bis</sup> Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.<sup>85</sup>

<sup>2ter</sup> Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.<sup>86</sup>

<sup>3</sup> Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).<sup>87</sup>

<sup>82</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793).

<sup>83</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>84</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>85</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>86</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>87</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

**Art. 40** Heilbäder

<sup>1</sup> Heilbäder sind zugelassen, wenn sie vom Departement anerkannt sind.

<sup>2</sup> Der Bundesrat legt die Anforderungen fest, welche die Heilbäder hinsichtlich ärztlicher Leitung, erforderlichem Fachpersonal, Heilanwendungen und Heilquellen erfüllen müssen.

**2. Abschnitt: Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme****Art. 41**

<sup>1</sup> Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt.<sup>88</sup>

<sup>1bis</sup> Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.<sup>89</sup>

<sup>1ter</sup> Absatz <sup>1bis</sup> gilt sinngemäss für Geburtshäuser.<sup>90</sup>

<sup>2</sup> Beansprucht die versicherte Person bei einer ambulanten Behandlung aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt.<sup>91</sup>

<sup>3</sup> Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.<sup>92</sup>

<sup>3bis</sup> Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

<sup>88</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBl 2004 5551).

<sup>89</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBl 2004 5551). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

<sup>90</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBl 2004 5551).

<sup>91</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBl 2004 5551).

<sup>92</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBl 2004 5551).

- a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;
- b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist.<sup>93</sup>

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

#### **Art. 41a<sup>94</sup>**      Aufnahmepflicht

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

<sup>2</sup> Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.

<sup>3</sup> Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht.

### **3. Abschnitt: Schuldner der Vergütung; Rechnungstellung**

#### **Art. 42**      Grundsatz<sup>95</sup>

<sup>1</sup> Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des *Tiers garant*). In Abweichung von Artikel 22 Absatz 1 ATSG<sup>96</sup> kann dieser Anspruch dem Leistungserbringer abgetreten werden.<sup>97</sup>

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

<sup>93</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>94</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>95</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 8. Okt. 2004 (Gesamtstrategie und Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2005** 1071; BBl **2004** 4259).

<sup>96</sup> SR **830.1**

<sup>97</sup> Dritter Satz eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung.<sup>98</sup>

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des *Tiers payant* erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Bei stationärer Behandlung weist das Spital die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile je gesondert aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.<sup>99</sup>

<sup>3bis</sup> Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung nach Absatz 3 die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen in den jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassungen codiert aufzuführen. Der Bundesrat erlässt ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.<sup>100</sup>

<sup>4</sup> Der Versicherer kann zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.<sup>101</sup>

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

<sup>6</sup> In Abweichung von Artikel 29 Absatz 2 ATSG ist für die Anmeldung von Leistungsansprüchen kein Formular nötig.<sup>102</sup>

#### **Art. 42a**<sup>103</sup> Versichertenkarte

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann bestimmen, dass jede versicherte Person für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Versichertenkarte erhält. Diese enthält den Namen der versicherten Person und die Versichertennummer der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV).<sup>104</sup>

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

<sup>98</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>99</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>100</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4085; BBl **2011** 7385 7393).

<sup>101</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4085; BBl **2011** 7385 7393).

<sup>102</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>103</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 8. Okt. 2004 (Gesamtstrategie und Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2005** 1071; BBl **2004** 4259).

<sup>104</sup> Fassung des zweiten Satzes gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 23. Juni 2006 (Neue AHV-Versichertennummer), in Kraft seit 1. Dez. 2007 (AS **2007** 5259; BBl **2006** 501).

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

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

#### 4. Abschnitt: Tarife und Preise

##### Art. 43 Grundsatz

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

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

- a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);
- b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);
- c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);
- d. zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

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

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

<sup>5</sup> Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

<sup>5bis</sup> Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können.<sup>105</sup>

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

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

#### **Art. 44** Tarifschutz

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

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

#### **Art. 45** Sicherung der medizinischen Versorgung

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

#### **Art. 46** Tarifvertrag

<sup>1</sup> Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.

<sup>1bis</sup> Parteien eines Tarifvertrages können auch Kantone sein, wenn es sich um Massnahmen der medizinischen Prävention nach Artikel 26 handelt, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d durchgeführt werden.<sup>106</sup>

<sup>105</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4085; BBl 2011 7385 7393).

<sup>106</sup> Eingefügt durch Art. 86 Ziff. 3 des Epidemiengesetzes vom 28. Sept. 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 1435; BBl 2011 311).

<sup>2</sup> Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder, die im Vertragsgebiet tätig sind, können dem Vertrag beitreten. Der Vertrag kann vorsehen, dass diese einen angemessenen Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung leisten müssen. Er regelt die Art und Weise der Beitritts- sowie der Rücktrittserklärung und ihre Bekanntgabe.

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

- a. Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- b. Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;
- c. Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- d. Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.

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

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

#### **Art. 47** Fehlen eines Tarifvertrages

<sup>1</sup> Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

<sup>2</sup> Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung oder für die stationäre Behandlung einer versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.<sup>107</sup>

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

#### **Art. 48** Tarifverträge mit Ärzteverbänden

<sup>1</sup> Bei der Genehmigung eines Tarifvertrages mit einem oder mehreren Ärzteverbänden setzt die Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) nach Anhören der Vertragsparteien einen Rahmentarif fest, dessen Mindestansätze unter und dessen Höchstansätze über denjenigen des genehmigten Vertragstarifes liegen.

<sup>107</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBl 2004 5551).



<sup>2</sup> Der Rahmentarif kommt beim Wegfall des Tarifvertrages zur Anwendung. Ein Jahr nach dem Wegfall des Tarifvertrages kann die Genehmigungsbehörde den Rahmen ohne Rücksicht auf den früheren Vertragstarif neu festsetzen.

<sup>3</sup> Kommt ein Tarifvertrag mit einem Ärzteverband von Anfang an nicht zustande, so kann die Genehmigungsbehörde auf Antrag der Parteien einen Rahmentarif festlegen.

<sup>4</sup> Für Parteien, die einen neuen Tarifvertrag abgeschlossen haben, tritt der Rahmentarif mit der Vertragsgenehmigung ausser Kraft.

#### **Art. 49**<sup>108</sup> Tarifverträge mit Spitälern

<sup>1</sup> Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen.<sup>109</sup> In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitälern, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

<sup>2</sup> Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Spitälern haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.<sup>110</sup>

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

- a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- b. die Forschung und universitäre Lehre.

<sup>4</sup> Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach Absatz 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist

<sup>108</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>109</sup> Fassung gemäss Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3517 6847 Ziff. I; BBl **2005** 2033).

<sup>110</sup> Siehe auch: die UeB Änd. 22.10.2008 der V vom 22. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR **832.102**).

diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

<sup>5</sup> Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 und 4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

<sup>6</sup> Die Vertragsparteien vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

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

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

#### **Art. 49a<sup>111</sup>** Abgeltung der stationären Leistungen

<sup>1</sup> Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen.

<sup>2</sup> Der Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.

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

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

<sup>111</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

**Art. 50**<sup>112</sup> Kostenübernahme im Pflegeheim

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

**Art. 51** Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime

<sup>1</sup> Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49a bleibt vorbehalten.<sup>113</sup>

<sup>2</sup> Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an.

**Art. 52** Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände

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

- a. erlässt das Departement:
  1. eine Liste der Analysen mit Tarif,
  2. eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin,
  3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;
- b. erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika zu enthalten.

<sup>2</sup> Für Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG<sup>114</sup>) werden die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen nach Absatz 1 aufgenommen.<sup>115</sup>

<sup>3</sup> Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen gemäss Absatz 1 verrechnet werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann.

<sup>112</sup> Fassung gemäss Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3517 6847 Ziff. I; BBl 2005 2033).

<sup>113</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBl 2004 5551).

<sup>114</sup> SR 830.1

<sup>115</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3371; BBl 1991 II 185 910, 1994 V 921, 1999 4523).

**Art. 52a**<sup>116</sup> Substitutionsrecht

Apotheker oder Apothekerinnen können Originalpräparate der Spezialitätenliste durch die billigeren Generika dieser Liste ersetzen, wenn nicht der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt. Im Falle einer Substitution informieren sie die verschreibende Person über das abgegebene Präparat.

**Art. 53**<sup>117</sup> Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht

<sup>1</sup> Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 51, 54, 55 und 55a<sup>118</sup> kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

<sup>2</sup> Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005<sup>119</sup> und dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968<sup>120</sup> über das Verwaltungsverfahren (VwVG). Vorbehalten bleiben folgende Ausnahmen:

- a. Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur so weit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig.
- b. Die Artikel 22a und 53 VwVG sind nicht anwendbar.
- c. Zur Einreichung einer Vernehmlassung setzt das Bundesverwaltungsgericht eine Frist von höchstens 30 Tagen. Diese kann nicht erstreckt werden.
- d. Ein weiterer Schriftenwechsel nach Artikel 57 Absatz 2 VwVG findet in der Regel nicht statt.
- e. In Beschwerdeverfahren gegen Beschlüsse nach Artikel 39 ist die Rüge der Unangemessenheit unzulässig.

## 5. Abschnitt: Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

**Art. 54** Globalbudgetierung durch die Genehmigungsbehörde

<sup>1</sup> Die Versicherer können beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt.

<sup>116</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2305; BBl 1999 793).

<sup>117</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBl 2004 5551).

<sup>118</sup> In Kraft bis zum 30. Juni 2016.

<sup>119</sup> SR 173.32

<sup>120</sup> SR 172.021

<sup>2</sup> Der Kanton hat innert drei Monaten nach der Antragstellung über das Eintreten zu entscheiden. Er hört die Einrichtungen und die Versicherer vorher an.

**Art. 55** Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde

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

<sup>2</sup> Zuständig ist:

- a. der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4;
- b. das Departement bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b;
- c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4.

**Art. 55a**<sup>121</sup> Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann die Zulassung von folgenden Personen zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig machen:

- a. Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 36, ob sie nun ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig ausüben;
- b. Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit in Einrichtungen nach Artikel 36a oder im ambulanten Bereich von Spitälern nach Artikel 39 ausüben.

<sup>2</sup> Kein Bedürfnisnachweis ist erforderlich für Personen, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

<sup>3</sup> Der Bundesrat legt die Kriterien fest, die für den Bedürfnisnachweis massgeblich sind; vorgängig hört er die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer sowie der Patientinnen und Patienten an.

<sup>4</sup> Die Kantone bestimmen die Personen nach Absatz 1. Sie können deren Zulassung an Bedingungen knüpfen.

<sup>121</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS 2000 2305; BBl 1999 793). Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 17. Juni 2016, in Kraft vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2019 (AS 2016 2265; BBl 2016 3515 3525). Siehe auch die UeB dieser Änd. und den Auftrag an den Bundesrat am Schluss dieses Textes.

<sup>5</sup> Eine Zulassung verfällt, wenn nicht innert einer bestimmten Frist von ihr Gebrauch gemacht wird, ausser wenn die Frist aus berechtigten Gründen wie Krankheit, Mutterschaft oder Weiterbildung nicht eingehalten werden kann. Der Bundesrat legt die Frist fest.

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

### **Art. 56**      Wirtschaftlichkeit der Leistungen

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

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

- a. im System des *Tiers garant* (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Artikel 89 Absatz 3 der Versicherer;
- b. im System des *Tiers payant* (Art. 42 Abs. 2) der Versicherer.

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

- a. ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt;
- b. Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern.

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

<sup>5</sup> Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

<sup>6</sup> Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.<sup>122</sup>

### **Art. 57**      Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

<sup>1</sup> Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztegesellschaften Vertrauensärzte beziehungsweise Vertrauensärztinnen. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 36 erfüllen und mindes-

<sup>122</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4087; BBl 2011 2519 2529). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

tens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.

<sup>2</sup> Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärztesgesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherte seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherte seinen Sitz hat.

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

<sup>4</sup> Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherte in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherten.

<sup>5</sup> Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherte noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen.

<sup>6</sup> Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin verlangen. Können sie sich mit ihrem Versicherte nicht einigen, so entscheidet in Abweichung von Artikel 58 Absatz 1 ATSG<sup>123</sup> das Schiedsgericht nach Artikel 89.<sup>124</sup>

<sup>7</sup> Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherte nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen, den Risikoausgleich zu berechnen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.<sup>125</sup>

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

<sup>123</sup> SR 830.1

<sup>124</sup> Fassung des Satzes gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3371; BBl 1991 II 185 910, 1994 V 921, 1999 4523).

<sup>125</sup> Fassung gemäss Ziff. 1 des BG vom 21. Dez. 2007 (Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2009 4755 4757; BBl 2004 5551).

**Art. 58**      Qualitätssicherung

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.

<sup>2</sup> Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

<sup>3</sup> Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

- a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;
- b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

**Art. 59**<sup>126</sup>      Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen

<sup>1</sup> Gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen:

- a. die Verwarnung;
- b. die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden;
- c. eine Busse; oder
- d. im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>2</sup> Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer.

<sup>3</sup> Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:

- a. die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Artikel 56 Absatz 1;
- b. die nicht erfolgte oder die mangelhafte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;

<sup>126</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 8. Okt. 2004 (Gesamtstrategie und Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2005 1071; BBl 2004 4259).



- c. die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 zu beteiligen;
- d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44;
- e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3;
- f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen.

**Art. 59a<sup>127</sup>** Daten der Leistungserbringer

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

- a. Art der ausgeübten Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung sowie Rechtsform;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
- d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;
- e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
- f. medizinische Qualitätsindikatoren.

<sup>2</sup> Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

<sup>3</sup> Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem Bundesamt für Gesundheit, dem Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

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

<sup>127</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941).

## 5. Kapitel: Finanzierung

### 1. Abschnitt: ...

#### Art. 60<sup>128</sup>

### 2. Abschnitt: Prämien der Versicherten

#### Art. 61 Grundsätze

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

<sup>2</sup> Der Versicherer stuft die Prämien gemäss den kantonalen Kostenunterschieden ab. Für sehr kleine kantonale Versichertenbestände kann davon abgewichen werden. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person.<sup>129</sup>

<sup>2bis</sup> Der Versicherer kann die Prämien regional abstufen. Das Departement legt die Regionen sowie die basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich fest.<sup>130</sup>

<sup>3</sup> Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) hat der Versicherer eine tiefere Prämie festzusetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene). Er ist berechtigt, dies auch für die Versicherten zu tun, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben (junge Erwachsene).<sup>131</sup>

<sup>3bis</sup> Der Bundesrat kann die Prämienermässigungen nach Absatz 3 festlegen.<sup>132</sup>

<sup>4</sup> Für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen, sind die Prämien je Wohnsitzstaat zu berechnen. Der Bundesrat erlässt Vorschriften, wie die Prämien dieser Versicherten und das Inkasso zu gestalten sind.<sup>133</sup>

<sup>128</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941).

<sup>129</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941).

<sup>130</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941).

<sup>131</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. März 2005 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 3587; BBl 2004 4327).

<sup>132</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2305; BBl 1999 793).

<sup>133</sup> Eingefügt durch Ziff. I 9 des BG vom 8. Okt. 1999 zum Abk. zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der EG sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (AS 2002 701; BBl 1999 6128). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 685; BBl 2001 4963).

5 ... 134

**Art. 61a**<sup>135</sup> Prämienhebung für Versicherte mit Wohnort  
in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft,  
in Island oder in Norwegen

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

**Art. 62** Besondere Versicherungsformen

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

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

<sup>2bis</sup> Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienermässigung bei Versicherungsformen nach Absatz 2 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme der Kosten, die sich aus diesen Versicherungsformen ergeben, vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.<sup>136</sup>

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikogleich nach den Artikeln 16–17a bleibt in jedem Fall vorbehalten.<sup>137</sup>

<sup>134</sup> Ursprünglich Abs. 4. Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. Dez. 1998 (AS **1999** 2041; BBl **1998** 1335 1342). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>135</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 685; BBl **2001** 4963).

<sup>136</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001

(AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

<sup>137</sup> Fassung des dritten Satzes gemäss Ziff. I des BG vom 21. März 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2015** 3345; BBl **2013** 7801 8387).

**Art. 63** Entschädigungen an Dritte

<sup>1</sup> Übernimmt ein Arbeitgeberverband, ein Arbeitnehmerverband oder eine Fürsorgebehörde Aufgaben zur Durchführung der Krankenversicherung, so hat ihnen der Versicherer dafür eine angemessene Entschädigung auszurichten. Dies gilt in Abweichung von Artikel 28 Absatz 1 ATSG<sup>138</sup> auch, wenn ein Arbeitgeber solche Aufgaben übernimmt.<sup>139</sup>

<sup>2</sup> Der Bundesrat legt Höchstgrenzen für die Entschädigungen fest.

**3. Abschnitt: Kostenbeteiligung****Art. 64**

<sup>1</sup> Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

<sup>2</sup> Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und
- b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

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

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

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

<sup>6</sup> Der Bundesrat kann:

- a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen;
- b. für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;
- c. die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist;

<sup>138</sup> SR 830.1

<sup>139</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3371; BBl 1991 II 185 910, 1994 V 921, 1999 4523).

d.<sup>140</sup> einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise ausnehmen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

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

- a. Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2;
- b. Leistungen nach den Artikeln 25 und 25a, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.<sup>141</sup>

<sup>8</sup> Kostenbeteiligungen dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme dieser Kosten vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.<sup>142</sup>

### **3a. Abschnitt:**<sup>143</sup>

## **Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen**

### **Art. 64a**<sup>144</sup>

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

<sup>2</sup> Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreibung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt.

<sup>3</sup> Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreibungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines

<sup>140</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2305; BBl 1999 793).

<sup>141</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Juni 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS 2014 387; BBl 2013 2459 2469).

<sup>142</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2305; BBl 1999 793). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

<sup>143</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2005 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 3587; BBl 2004 4327).

<sup>144</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3523; BBl 2009 6617 6631).

oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton.

<sup>4</sup> Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren.<sup>145</sup>

<sup>5</sup> Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die versicherte Person ihre Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen hat, erstattet dieser 50 Prozent des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.

<sup>6</sup> In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

<sup>7</sup> Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

<sup>8</sup> Der Bundesrat legt die Aufgaben der Revisionsstelle fest und bezeichnet die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel. Er regelt die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens, der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.

<sup>9</sup> Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen der versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.

#### **4. Abschnitt: Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand**

**Art. 65<sup>146</sup>** Prämienverbilligung durch die Kantone

<sup>1</sup> Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Sie bezahlen den Beitrag für die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind. Der Bundesrat

<sup>145</sup> Siehe auch die UeB Änd. 19.3.2010 am Schluss dieses Textes.

<sup>146</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2305; BBl 1999 793). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.<sup>147</sup>

<sup>1bis</sup> Für untere und mittlere Einkommen verbilligen die Kantone die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent.<sup>148</sup>

<sup>2</sup> Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern erfolgt nach einem einheitlichen Standard. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.<sup>149</sup>

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

<sup>4</sup> Die Kantone informieren die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung.

<sup>4bis</sup> Der Kanton meldet dem Versicherer die Versicherten, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, und die Höhe der Verbilligung so früh, dass der Versicherer die Prämienverbilligung bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann. Der Versicherer informiert die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die tatsächliche Prämienverbilligung.<sup>150</sup>

<sup>5</sup> Die Versicherer sind verpflichtet, bei der Prämienverbilligung über die Bestimmungen betreffend die Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 82 hinaus mitzuwirken.<sup>151</sup>

<sup>6</sup> Die Kantone machen dem Bund zur Überprüfung der sozial- und familienpolitischen Ziele anonymisierte Angaben über die begünstigten Versicherten. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften dazu.<sup>152</sup>

<sup>147</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617 6631). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

<sup>148</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2005 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 3587; BBl **2004** 4327). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

<sup>149</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617 6631).

<sup>150</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617 6631).

<sup>151</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 3523; BBl **2009** 6617 6631).

<sup>152</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 18. März 2005 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 3587; BBl **2004** 4327).

**Art. 65a**<sup>153</sup> Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen

Die Kantone gewähren folgenden Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen, Prämienverbilligungen:

- a. den Grenzgängern und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörigen;
- b. den Familienangehörigen von Kurzaufenthaltern und -aufenthalterinnen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Niedergelassenen;
- c. den Bezüglern und Bezüglern einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörigen.

**Art. 66**<sup>154</sup> Bundesbeitrag

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

<sup>2</sup> Der Bundesbeitrag entspricht 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

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

**Art. 66a**<sup>155</sup> Prämienverbilligung durch den Bund für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen<sup>156</sup>

<sup>1</sup> Der Bund gewährt den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, Prämienverbilligungen; die Verbilligung wird auch ihren in der Schweiz versicherten Familienangehörigen gewährt.<sup>157</sup>

<sup>153</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS 2002 858; BBl 2000 4083). Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 685; BBl 2001 4963).

<sup>154</sup> Fassung gemäss Ziff. II 26 des BG vom 6. Okt. 2006 zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA), in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 5779; BBl 2005 6029).

<sup>155</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 858; BBl 2000 4083).

<sup>156</sup> Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 685; BBl 2001 4963).

<sup>157</sup> Fassung gemäss Ziff. I 8 des BG vom 14. Dez. 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abk. zur Änd. des Übereink. zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 685; BBl 2001 4963).



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

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt das Verfahren.

### 3. Titel: Freiwillige Taggeldversicherung

#### Art. 67 Beitritt

<sup>1</sup> Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr vollendet hat, kann bei einem Versicherer nach Artikel 2 Absatz 1 KVAG<sup>158</sup> oder Artikel 3 KVAG eine Taggeldversicherung abschliessen.<sup>159</sup>

<sup>2</sup> Er kann hierfür einen anderen Versicherer wählen als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

<sup>3</sup> Die Taggeldversicherung kann als Kollektivversicherung abgeschlossen werden. Kollektivversicherungen können abgeschlossen werden von:

- a. Arbeitgebern für sich und ihre Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen;
- b. Arbeitgeberorganisationen und Berufsverbänden für ihre Mitglieder und die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ihrer Mitglieder;
- c. Arbeitnehmerorganisationen für ihre Mitglieder.

#### Art. 68<sup>160</sup>

#### Art. 69 Versicherungsvorbehalt

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

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

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

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

<sup>158</sup> SR **832.12**

<sup>159</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>160</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

**Art. 70** Wechsel des Versicherers

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

- a. die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt; oder
- b. sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet; oder
- c. der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt.

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

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

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

**Art. 71** Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung

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

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

**Art. 72** Leistungen

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

<sup>1bis</sup> Die übernommenen Leistungen werden der Periode der Arbeitsunfähigkeit zugeordnet.<sup>161</sup>

<sup>161</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941).

<sup>2</sup> Der Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG<sup>162</sup>) ist.<sup>163</sup> Ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung. Der Leistungsbeginn kann gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie aufgeschoben werden. Wird für den Anspruch auf Taggeld eine Wartefrist vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist, so kann die Mindestbezugsdauer des Taggeldes um diese Frist verkürzt werden.

<sup>3</sup> Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten. Artikel 67 ATSG ist nicht anwendbar.<sup>164</sup>

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

<sup>5</sup> Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung nach Artikel 78 dieses Gesetzes und Artikel 69 ATSG hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern.<sup>165</sup> Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung.

<sup>6</sup> Artikel 19 Absatz 2 ATSG kommt nur zur Anwendung, wenn der Arbeitgeber die Taggeldversicherung mitfinanziert hat. Vorbehalten bleiben andere vertragliche Abreden.<sup>166</sup>

### **Art. 73** Koordination mit der Arbeitslosenversicherung

<sup>1</sup> Arbeitslosen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG<sup>167</sup>) von mehr als 50 Prozent das volle Taggeld und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25, aber höchstens 50 Prozent das halbe Taggeld auszurichten, sofern die Versicherer auf Grund ihrer Versicherungsbedingungen oder vertraglicher Vereinbarungen bei einem entsprechenden Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich Leistungen erbringen.<sup>168</sup>

<sup>2</sup> Arbeitslose Versicherte haben gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Versicherung in eine Versicherung mit Leistungs-

<sup>162</sup> SR 830.1

<sup>163</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3371; BBl 1991 II 185 910, 1994 V 921, 1999 4523).

<sup>164</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3371; BBl 1991 II 185 910, 1994 V 921, 1999 4523).

<sup>165</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3371; BBl 1991 II 185 910, 1994 V 921, 1999 4523).

<sup>166</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3453; BBl 2002 803).

<sup>167</sup> SR 830.1

<sup>168</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3371; BBl 1991 II 185 910, 1994 V 921, 1999 4523).

beginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung.

#### **Art. 74** Taggeld bei Mutterschaft

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

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

#### **Art. 75**<sup>169</sup>

#### **Art. 76** Prämien der Versicherten

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

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

<sup>3</sup> Der Versicherer kann die Prämien nach dem Eintrittsalter und nach Regionen abstufen.

<sup>4</sup> Artikel 61 Absätze 2 und 4<sup>170</sup> gelten sinngemäss.

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

#### **Art. 77** Prämien in der Kollektivversicherung

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

<sup>169</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941).

<sup>170</sup> Heute: Art. 61 Abs. 2 und 5.

**4. Titel:**<sup>171</sup>**Besondere Bestimmungen zur Koordination, zur Haftung und zum Rückgriff****Art. 78**      Leistungscoordination

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

**Art. 78a**      Haftung für Schäden

Ersatzansprüche der gemeinsamen Einrichtung, von Versicherten und Dritten nach Artikel 78 ATSG<sup>172</sup> sind beim Versicherer geltend zu machen; dieser entscheidet darüber durch Verfügung.

**Art. 79**      Einschränkung des Rückgriffs

Die Einschränkung des Rückgriffs nach Artikel 75 Absatz 2 ATSG<sup>173</sup> ist nicht anwendbar.

**Art. 79a**<sup>174</sup>      Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG<sup>175</sup> gilt sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach den Artikeln 41 und 49a geleistet hat.

<sup>171</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>172</sup> SR **830.1**

<sup>173</sup> SR **830.1**

<sup>174</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>175</sup> SR **830.1**

## 5. Titel: Besondere Bestimmungen zum Verfahren und zur Rechtspflege, Strafbestimmungen<sup>176</sup>

### Art. 80 Formloses Verfahren<sup>177</sup>

<sup>1</sup> Versicherungsleistungen werden im formlosen Verfahren nach Artikel 51 ATSG<sup>178</sup> gewährt. Dies gilt in Abweichung von Artikel 49 Absatz 1 ATSG auch für erhebliche Leistungen.<sup>179</sup>

<sup>2</sup> ...<sup>180</sup>

<sup>3</sup> Der Versicherer darf den Erlass einer Verfügung nicht von der Erschöpfung eines internen Instanzenzuges abhängig machen.

### Art. 81<sup>181</sup>

### Art. 82<sup>182</sup> Besondere Amts- und Verwaltungshilfe

In Abweichung von Artikel 33 ATSG<sup>183</sup> geben die Versicherer den zuständigen Behörden auf Anfrage kostenlos die notwendigen Auskünfte und Unterlagen für:

- a. die Ausübung des Rückgriffsrechts nach Artikel 41 Absatz 3;
- b. die Festsetzung der Prämienverbilligung.

### Art. 83<sup>184</sup> Versichertenummer der AHV

Die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe sind befugt, die Versichertenummer der

<sup>176</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>177</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>178</sup> SR **830.1**

<sup>179</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>180</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>181</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>182</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3453; BBl **2002** 803).

<sup>183</sup> SR **830.1**

<sup>184</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 23 Juni 2006 (Neue AHV-Versichertenummer), in Kraft seit 1. Dez. 2007 (AS **2007** 5259; BBl **2006** 501).

AHV nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946<sup>185</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben systematisch zu verwenden.

**Art. 84**<sup>186</sup> Bearbeiten von Personendaten

Die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG<sup>187</sup> betrauten Organe sind befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz oder nach dem KVAG übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich um:<sup>188</sup>

- a. für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen;
- b. die Prämien zu berechnen und zu erheben;
- c. Leistungsansprüche zu beurteilen sowie Leistungen zu berechnen, zu gewähren und mit Leistungen anderer Sozialversicherungen zu koordinieren;
- d. den Anspruch auf Prämienverbilligungen nach Artikel 65<sup>189</sup> zu beurteilen sowie die Verbilligungen zu berechnen und zu gewähren;
- e. ein Rückgriffsrecht gegenüber einem haftpflichtigen Dritten geltend zu machen;
- f. die Aufsicht über die Durchführung dieses Gesetzes auszuüben;
- g. Statistiken zu führen;
- h.<sup>190</sup> die Versichertennummer der AHV zuzuweisen oder zu verifizieren;
- i.<sup>191</sup> den Risikoausgleich zu berechnen.

**Art. 84a**<sup>192</sup> Datenbekanntgabe

<sup>1</sup> Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses

<sup>185</sup> SR **831.10**

<sup>186</sup> Fassung gemäss Ziff. 1 des BG vom 23. Juni 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2755; BBl **2000** 255).

<sup>187</sup> SR **832.12**

<sup>188</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941). Heute: nach Art. 65 und 65a.

<sup>189</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 23. Juni 2006 (Neue AHV-Versichertennummer), in Kraft seit 1. Dez. 2007 (AS **2007** 5259; BBl **2006** 501).

<sup>191</sup> Eingefügt durch Ziff. 1 des BG vom 21. Dez. 2007 (Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4755 4757; BBl **2004** 5551).

<sup>192</sup> Eingefügt durch Ziff. 1 des BG vom 23. Juni 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2755; BBl **2000** 255).

Gesetzes oder des KVAG<sup>193</sup> betraut sind, Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG<sup>194</sup> bekannt geben:<sup>195</sup>

- a.<sup>196</sup> anderen mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG betrauten Organen, wenn die Daten für die Erfüllung der ihnen nach diesem Gesetz oder dem KVAG übertragenen Aufgaben erforderlich sind;
- b. Organen einer anderen Sozialversicherung, wenn sich in Abweichung von Artikel 32 Absatz 2 ATSG eine Pflicht zur Bekanntgabe aus einem Bundesgesetz ergibt;
- b<sup>bis</sup>.<sup>197</sup> Organen einer anderen Sozialversicherung für die Zuweisung oder Verifizierung der Versichertennummer der AHV;
- c. den für die Quellensteuer zuständigen Behörden, nach den Artikeln 88 und 100 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990<sup>198</sup> über die direkte Bundessteuer sowie den entsprechenden kantonalen Bestimmungen;
- d. den Organen der Bundesstatistik, nach dem Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992<sup>199</sup>;
- e. Stellen, die mit der Führung von Statistiken zur Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, wenn die Daten für die Erfüllung dieser Aufgabe erforderlich sind und die Anonymität der Versicherten gewahrt bleibt;
- f.<sup>200</sup> den zuständigen kantonalen Behörden, wenn es sich um Daten nach Artikel 22a handelt und diese für die Planung der Spitäler und Pflegeheime sowie für die Beurteilung der Tarife erforderlich sind;
- g. den Strafuntersuchungsbehörden, wenn die Anzeige oder die Abwendung eines Verbrechens die Datenbekanntgabe erfordert;
- g<sup>bis</sup>.<sup>201</sup> dem Nachrichtendienst des Bundes (NDB) oder den Sicherheitsorganen der Kantone zuzuhenden des NDB, wenn die Voraussetzungen von Artikel 13a des Bundesgesetzes vom 21. März 1997<sup>202</sup> über Massnahmen zur Wahrung der inneren Sicherheit (BWIS) erfüllt sind;

<sup>193</sup> SR **832.12**

<sup>194</sup> SR **830.1**

<sup>195</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>196</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>197</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 23 Juni 2006 (Neue AHV-Versichertennummer), in Kraft seit 1. Dez. 2007 (AS **2007** 5259; BBl **2006** 501).

<sup>198</sup> SR **642.11**

<sup>199</sup> SR **431.01**

<sup>200</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>201</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 16. Juli 2012 (AS **2012** 3745; BBl **2007** 5037, **2010** 7841).

<sup>202</sup> SR **120**



- h. im Einzelfall und auf schriftlich begründetes Gesuch hin:
1. Sozialhilfebehörden, wenn die Daten für die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen beziehungsweise für die Verhinderung ungerechtfertigter Bezüge erforderlich sind,
  2. Zivilgerichten, wenn die Daten für die Beurteilung eines familien- oder erbrechtlichen Streitfalles erforderlich sind,
  3. Strafgerichten und Strafuntersuchungsbehörden, wenn die Daten für die Abklärung eines Verbrechens oder eines Vergehens erforderlich sind,
  4. Betreibungsämtern, nach den Artikeln 91, 163 und 222 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889<sup>203</sup> über Schuldbetreibung und Konkurs,
  - 5.<sup>204</sup> den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden nach Artikel 448 Absatz 4 ZGB<sup>205</sup>,
  - 6.<sup>206</sup> dem NDB oder den Sicherheitsorganen der Kantone zuhanden des NDB, wenn die Voraussetzungen von Artikel 13a BWIS erfüllt sind.<sup>207</sup>

2 ...<sup>208</sup>

<sup>3</sup> Daten, die von allgemeinem Interesse sind und sich auf die Anwendung dieses Gesetzes beziehen, dürfen in Abweichung von Artikel 33 ATSG veröffentlicht werden. Die Anonymität der Versicherten muss gewahrt bleiben.<sup>209</sup>

<sup>4</sup> Die Versicherten sind in Abweichung von Artikel 33 ATSG befugt, den Sozialhilfebehörden oder anderen für Zahlungsausstände der Versicherten zuständigen kantonalen Stellen die erforderlichen Daten bekannt zu geben, wenn Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nach erfolgloser Mahnung nicht bezahlen.<sup>210</sup>

<sup>5</sup> In den übrigen Fällen dürfen Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG an Dritte wie folgt bekannt gegeben werden:<sup>211</sup>

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

<sup>203</sup> SR 281.1

<sup>204</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 28 des BG vom 19. Dez. 2008 (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht), in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2011 725; BBl 2006 7001).  
SR 210

<sup>205</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 23. Dez. 2011, in Kraft seit 16. Juli 2012 (AS 2012 3745; BBl 2007 5037, 2010 7841).

<sup>206</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3453; BBl 2002 803).

<sup>207</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3453; BBl 2002 803).

<sup>208</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3453; BBl 2002 803).

<sup>209</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3453; BBl 2002 803).

<sup>210</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3453; BBl 2002 803).

<sup>211</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V der BVers vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3453; BBl 2002 803).

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

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

<sup>7</sup> Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Bekanntgabe und die Information der betroffenen Person.

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

**Art. 84<sup>b212</sup>** Sicherstellung des Datenschutzes durch die Versicherer

Die Versicherer treffen die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes; sie erstellen insbesondere die gemäss Verordnung vom 14. Juni 1993<sup>213</sup> zum Bundesgesetz über den Datenschutz notwendigen Bearbeitungsreglemente. Diese werden dem oder der Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten zur Beurteilung vorgelegt und sind öffentlich zugänglich.

**Art. 85<sup>214</sup>** Einsprache (Art. 52 ATSG<sup>215</sup>)

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

**Art. 86<sup>216</sup>** Beschwerde (Art. 56 ATSG<sup>217</sup>)

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

<sup>212</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Risikoausgleich), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4755 4757; BBl **2004** 5551).

<sup>213</sup> SR **235.11**

<sup>214</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>215</sup> SR **830.1**

<sup>216</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>217</sup> SR **830.1**

**Art. 87**<sup>218</sup> Streitigkeiten unter Versicherern

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

**Art. 88**<sup>219</sup>**Art. 89** Kantonales Schiedsgericht

<sup>1</sup> Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet ein Schiedsgericht.

<sup>2</sup> Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt.

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

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

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

<sup>6</sup> Die Entscheide werden, versehen mit einer Begründung und einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts, schriftlich eröffnet.

**Art. 90**<sup>220</sup>**Art. 90a**<sup>221</sup> Bundesverwaltungsgericht

<sup>1</sup> Über Beschwerden gegen die auf Grund von Artikel 18 Absätze 2<sup>bis</sup> und 2<sup>ter</sup> erlassenen Verfügungen und Einspracheentscheide der gemeinsamen Einrichtung ent-

<sup>218</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>219</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>220</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 110 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005, mit Wirkung seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 2197 1069 Art. 1 Bst. b; BBl **2001** 4202).

<sup>221</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 6. Okt. 2000 (AS **2002** 858; BBl **2000** 4083). Fassung gemäss Anhang Ziff. 110 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 2197 1069 Art. 1 Bst. b; BBl **2001** 4202).

scheidet in Abweichung von Artikel 58 Absatz 2 ATSG<sup>222</sup> das Bundesverwaltungsgericht. Es entscheidet auch über Beschwerden gegen die auf Grund von Artikel 18 Absatz 2<sup>quinquies</sup> erlassenen Verfügungen der gemeinsamen Einrichtung.

<sup>2</sup> Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 53.<sup>223</sup>

#### **Art. 91**<sup>224</sup> Bundesgericht

Gegen Entscheide des kantonalen Schiedsgerichts kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005<sup>225</sup> beim Bundesgericht Beschwerde geführt werden.

#### **Art. 92** Vergehen

Mit Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen, sofern nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohtes Verbrechen oder Vergehen des Strafgesetzbuches<sup>226</sup> vorliegt, wird bestraft wer:<sup>227</sup>

- a. sich durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise der Versicherungspflicht ganz oder teilweise entzieht;
- b. durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise für sich oder andere Leistungen nach diesem Gesetz, die ihm nicht zukommen, erwirkt;
- c.<sup>228</sup> ...
- d.<sup>229</sup> Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3 nicht weitergibt.

#### **Art. 93**<sup>230</sup>

#### **Art. 93a**<sup>231</sup>

<sup>222</sup> SR **830.1**

<sup>223</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBl **2004** 5551).

<sup>224</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 110 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 2197 1069 Art. 1 Bst. b; BBl **2001** 4202).

<sup>225</sup> SR **173.110**

<sup>226</sup> SR **311.0**

<sup>227</sup> Fassung gemäss Art. 333 des Strafgesetzbuches (SR **311.0**) in der Fassung des BG vom 13. Dez. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 3459; BBl **1999** 1979).

<sup>228</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>229</sup> Eingefügt durch Anhang Ziff. II 8 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2002 (AS **2001** 2790; BBl **1999** 3453).

<sup>230</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>231</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

Art. 94<sup>232</sup>

Art. 95<sup>233</sup>

## 6. Titel:<sup>234</sup> Verhältnis zum europäischen Recht

Art. 95a<sup>235</sup>

<sup>1</sup> In Bezug auf Personen, für die die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit der Schweiz oder eines oder mehrerer EU-Mitgliedstaaten gelten oder galten und die Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-Mitgliedstaates sind, auf Flüchtlinge oder Staatenlose mit Wohnort in der Schweiz oder einem EU-Mitgliedstaat sowie auf die Familienangehörigen und Hinterlassenen dieser Personen sind auf die Leistungen im Geltungsbereich des vorliegenden Gesetzes folgende Erlasse in der für die Schweiz verbindlichen Fassung von Anhang II, Abschnitt A, des Abkommens vom 21. Juni 1999<sup>236</sup> zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen) anwendbar:

- a. Verordnung (EG) Nr. 883/2004<sup>237</sup>;
- b. Verordnung (EG) Nr. 987/2009<sup>238</sup>;
- c. Verordnung (EWG) Nr. 1408/71<sup>239</sup>;
- d. Verordnung (EWG) Nr. 574/72<sup>240</sup>.

<sup>232</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5137; BBl **2012** 1941).

<sup>233</sup> Aufgehoben durch Anhang Ziff. 11 des BG vom 6. Okt. 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3371; BBl **1991** II 185 910, **1994** V 921, **1999** 4523).

<sup>234</sup> Eingefügt durch Ziff. 19 des BG vom 8. Okt. 1999 zum Abk. zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der EG sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 701; BBl **1999** 6128).

<sup>235</sup> Fassung gemäss Anhang Ziff. 6 des BB vom 17. Juni 2016 (Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf die Republik Kroatien), in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 5233; BBl **2016** 2223).

<sup>236</sup> SR **0.142.112.681**

<sup>237</sup> Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR **0.831.109.268.1**).

<sup>238</sup> Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR **0.831.109.268.11**).

<sup>239</sup> Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern; in der jeweils gültigen Fassung des Freizügigkeitsabkommens (AS **2004** 121, **2008** 4219 4273, **2009** 4831) bzw. des revidierten EFTA-Übereinkommens.

<sup>2</sup> In Bezug auf Personen, für die die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit der Schweiz, Islands, Norwegens oder Liechtensteins gelten oder galten und die Staatsangehörige der Schweiz, Islands, Norwegens oder Liechtensteins sind oder die als Flüchtlinge oder Staatenlose Wohnort in der Schweiz oder auf dem Gebiet Islands, Norwegens oder Liechtensteins haben, sowie auf die Familienangehörigen und Hinterlassenen dieser Personen sind auf die Leistungen im Geltungsbereich des vorliegenden Gesetzes folgende Erlasse in der für die Schweiz verbindlichen Fassung von Anlage 2 zu Anhang K des Übereinkommens vom 4. Januar 1960<sup>241</sup> zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA-Übereinkommen) anwendbar:

- a. Verordnung (EG) Nr. 883/2004;
- b. Verordnung (EG) Nr. 987/2009;
- c. Verordnung (EWG) Nr. 1408/71;
- d. Verordnung (EWG) Nr. 574/72.

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

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

## 7. Titel:<sup>242</sup> Schlussbestimmungen

### 1. Kapitel: Vollzug

#### Art. 96

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

<sup>240</sup> Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern; in der jeweils gültigen Fassung des Freizügigkeitsabkommens (AS 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) bzw. des revidierten EFTA-Übereinkommens.

<sup>241</sup> SR 0.632.31

<sup>242</sup> Ursprünglich 6. Tit.

## 2. Kapitel: Übergangsbestimmungen

### Art. 97 Kantonale Erlasse

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

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

### Art. 98 Fortführung der Versicherung durch anerkannte Krankenkassen

<sup>1</sup> Die nach dem Bundesgesetz vom 13. Juni 1911<sup>243</sup> anerkannten Krankenkassen, welche die Krankenversicherung nach dem vorliegenden Gesetz fortführen wollen, haben dies dem Bundesamt spätestens sechs Monate vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes mitzuteilen. Gleichzeitig haben sie die Prämientarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung zur Genehmigung nach den Artikeln 61 Absatz 4 und 76 Absatz 4<sup>244</sup> einzureichen.

<sup>2</sup> Krankenkassen, deren Tätigkeitsbereich sich nach bisherigem Recht auf einen Betrieb oder einen Berufsverband beschränkte, können die Taggeldversicherung weiterhin in diesem beschränkten Rahmen durchführen. Sie haben dies in der Mitteilung nach Absatz 1 anzuführen.

<sup>3</sup> Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Aufteilung des bisherigen Vermögens der Krankenkassen auf die nach neuem Recht weitergeführten Versicherungen.

### Art. 99 Verzicht auf die Fortführung der sozialen Krankenversicherung

<sup>1</sup> Krankenkassen, welche die Krankenversicherung nicht nach diesem Gesetz fortführen, verlieren mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes ihre Anerkennung. Sie haben dies ihren Mitgliedern und dem Bundesamt spätestens sechs Monate vor Inkrafttreten dieses Gesetzes schriftlich mitzuteilen.

<sup>2</sup> Sind diese Krankenkassen bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht im Besitze einer Bewilligung zum Betrieb von Versicherungen im Sinne des VAG<sup>245</sup>, so haben sie sich aufzulösen. Vorbehalten bleibt die auf einen Betrieb oder Berufsverband beschränkte Durchführung einer Krankengeldversicherung. Das Bundesamt entscheidet nach Rücksprache mit der FINMA, welcher Teil des Vermögens dieser Krankenkassen nach Absatz 3 zu verwenden ist.<sup>246</sup>

<sup>243</sup> [BS 8 281]

<sup>244</sup> Heute: den Art. 61 Abs. 5 und 76 Abs. 4.

<sup>245</sup> SR 961.01

<sup>246</sup> Fassung des dritten Satzes gemäss Anhang Ziff. 12 des Finanzmarktaufsichtsgesetzes vom 22. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5207 5205; BBl 2006 2829).

<sup>3</sup> Wird das Vermögen einer aufgelösten Krankenkasse nicht durch Fusion auf einen anderen Versicherer im Sinne von Artikel 11 dieses Gesetzes übertragen, so fällt ein allfälliger Vermögensüberschuss bei privatrechtlich organisierten Krankenkassen in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

**Art. 100**<sup>247</sup>

**Art. 101** Leistungserbringer, Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

<sup>1</sup> Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen, Chiropraktoren und -praktorinnen, Hebammen sowie medizinische Hilfspersonen und Laboratorien, die unter dem bisherigen Recht zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, sind auch nach neuem Recht als Leistungserbringer zugelassen.

<sup>2</sup> Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, sind als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen, solange der Kanton die in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e vorgesehene Liste der Spitäler und Pflegeheime noch nicht erstellt hat. Die Leistungspflicht der Versicherer und die Höhe der Vergütung richten sich bis zu einem vom Bundesrat zu bestimmenden Zeitpunkt nach den bisherigen Verträgen oder Tarifen.

<sup>3</sup> Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die unter dem bisherigen Recht für einen Versicherer (Art. 11–13) tätig waren, dürfen von den Versicherern oder ihren Verbänden auch nach neuem Recht mit den Aufgaben nach Artikel 57 betraut werden. Die Absätze 3–8 von Artikel 57 sind auch in diesen Fällen anwendbar.

**Art. 102** Bestehende Versicherungsverhältnisse

<sup>1</sup> Führen anerkannte Krankenkassen nach bisherigem Recht bestehende Krankenpflege- und Krankengeldversicherungen nach neuem Recht fort, so gilt für diese Versicherungen mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes das neue Recht.

<sup>2</sup> Bestimmungen der Krankenkassen über Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang nach Artikel 34 Absatz 1 hinausgehen (statutarische Leistungen, Zusatzversicherungen), sind innert eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes dem neuen Recht anzupassen. Bis zur Anpassung richten sich Rechte und Pflichten der Versicherten nach dem bisherigen Recht. Die Krankenkasse ist verpflichtet, ihren Versicherten Versicherungsverträge anzubieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes gewähren. Die unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten sind bei der Festsetzung der Prämien anzurechnen.

<sup>3</sup> Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverhältnisse bei Krankenkassen, die ihre Anerkennung verlieren und das Versicherungsgeschäft als Versicherungseinrichtung im Sinne des VAG<sup>248</sup> fortführen (Art. 99), fallen mit Inkrafttreten dieses

<sup>247</sup> Aufgehoben durch Ziff. II 43 des BG vom 20. März 2008 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Aug. 2008 (AS 2008 3427; BBl 2007 6121).

<sup>248</sup> Siehe heute: das BG vom 17. Dez. 2004 (SR 961.01).



Gesetzes dahin. Die Versicherten können jedoch ihre Fortführung verlangen, wenn die Versicherungseinrichtung die entsprechende Versicherung weiterhin anbietet.

<sup>4</sup> Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverträge mit anderen Versicherern als anerkannten Krankenkassen für Risiken, die nach diesem Gesetz aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden, fallen mit dessen Inkrafttreten dahin. Über diesen Zeitpunkt hinaus bezahlte Prämien werden zurückerstattet. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten ereignet haben, sind jedoch nach den bisherigen Verträgen zu gewähren.

<sup>5</sup> Nach bisherigem Recht bestehende Versicherungsverträge mit anderen Versicherern als anerkannten Krankenkassen für Risiken, die nach diesem Gesetz aus der freiwilligen Taggeldversicherung gedeckt werden, können innert eines Jahres nach dessen Inkrafttreten auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der Versicherungsnehmerin dem neuen Recht angepasst werden, wenn der Versicherer die freiwillige Taggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführt.

#### **Art. 103**      Versicherungsleistungen

<sup>1</sup> Versicherungsleistungen für Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen worden sind, werden nach bisherigem Recht gewährt.

<sup>2</sup> Beim Inkrafttreten laufende Krankengelder aus bestehenden Krankengeldversicherungen bei anerkannten Krankenkassen sind noch für längstens zwei Jahre nach den Bestimmungen des bisherigen Rechts über die Leistungsdauer zu gewähren.

#### **Art. 104**

<sup>1</sup> Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes werden bestehende Tarifverträge nicht aufgehoben. Der Bundesrat bestimmt, bis wann sie an das neue Recht anzupassen sind.

<sup>2</sup> Versicherer, welche die soziale Krankenversicherung erst unter dem neuen Recht aufnehmen, haben ein Recht auf Beitritt zu Tarifverträgen, die unter dem bisherigen Recht von Krankenkassenverbänden abgeschlossen worden sind (Art. 46 Abs. 2).

<sup>3</sup> Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, von dem an Spitäler und Pflegeheime Artikel 49 Absätze 6 und 7 einzuhalten haben.

#### **Art. 104<sup>a</sup>**<sup>249</sup>

#### **Art. 105<sup>a</sup>**<sup>250</sup>

<sup>249</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000 (AS **2000** 2305; BBl **1999** 793). Aufgehoben durch Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, mit Wirkung seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3517 6847 Ziff. I; BBl **2005** 2033).

<sup>250</sup> Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Risikoausgleich), mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4755 4757; BBl **2004** 5551).

**Art. 105a**<sup>251</sup> Versichertenbestand im Risikoausgleich

<sup>1</sup> Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen, sind vom massgebenden Versichertenbestand für den Risikoausgleich ausgenommen.

<sup>2</sup> Die Verwaltungsbehörden der Kantone und Gemeinden sowie ausnahmsweise des Bundes geben auf schriftliche Anfrage hin den zuständigen Organen der sozialen Krankenversicherung kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Ermittlung der Versicherten nach Absatz 1 notwendig sind.

<sup>3</sup> Zur Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz kann das Bundesamt von den Versicherern Daten zu den Versicherten nach Absatz 1 verlangen.

**Art. 106**<sup>252</sup> Prämienkorrektur durch einen Ausgleich unter den Versicherten

<sup>1</sup> Versicherte, die ihren Wohnsitz in einem Kanton haben, in dem die Kosten im Verhältnis zu den Prämien zwischen dem 1. Januar 1996 und dem 31. Dezember 2013 im Vergleich zu den Kosten im Verhältnis zu den Prämien in der Schweiz überdurchschnittlich waren (zu wenig bezahlte Prämien), müssen einen Prämienzuschlag bezahlen. Der Prämienzuschlag ist für jede im betreffenden Kanton versicherte Person gleich hoch. Die Versicherer erheben den Prämienzuschlag.

<sup>2</sup> Versicherte, die ihren Wohnsitz in einem Kanton haben, in dem die Kosten im Verhältnis zu den Prämien zwischen dem 1. Januar 1996 und dem 31. Dezember 2013 im Vergleich zu den Kosten im Verhältnis zu den Prämien in der Schweiz unterdurchschnittlich waren (zu viel bezahlte Prämien), haben Anspruch auf einen Prämienabschlag. Der Prämienabschlag ist für jede im betreffenden Kanton versicherte Person gleich hoch. Die Versicherer gewähren den Prämienabschlag.

<sup>3</sup> Der jährliche Prämienzuschlag entspricht höchstens dem jährlichen Betrag, auf den die versicherte Person aufgrund der Verteilung der folgenden Lenkungsabgaben Anspruch hat:

- a. CO<sub>2</sub>-Abgabe nach dem CO<sub>2</sub>-Gesetz vom 23. Dezember 2011<sup>253</sup>;
- b. Abgabe auf flüchtigen organischen Verbindungen nach dem Umweltschutzgesetz vom 7. Oktober 1983<sup>254</sup>.

<sup>4</sup> Die Summe der Prämienzuschläge, welche die Versicherten eines Kantons bezahlen müssen, entspricht höchstens den zu wenig bezahlten Prämien nach Absatz 1.

<sup>5</sup> Der jährliche Prämienabschlag, auf den die Versicherten eines Kantons Anspruch haben, wird entsprechend einem prozentualen Anteil der zu viel bezahlten Prämien nach Absatz 2 festgelegt. Der Anteil ist für alle betroffenen Kantone gleich.

<sup>251</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 16. Dez. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 4823; BBl **2002** 6845).

<sup>252</sup> Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. März 2014 (Prämienkorrektur), in Kraft vom 1. Jan. 2015 bis zum 31. Dez. 2017 (AS **2014** 2463; BBl **2012** 1923).

<sup>253</sup> SR **641.71**

<sup>254</sup> SR **814.01**

<sup>6</sup> Die Summe der Prämienabschläge, die allen Versicherten gesamthaft gewährt werden, beträgt maximal 266 Millionen Franken.

<sup>7</sup> Jeder Versicherer verwendet die von ihm erhobenen Prämienzuschläge für die Abschläge bei den Prämien seiner Versicherten. Verbleibende Differenzen zwischen den von den einzelnen Versicherern erhobenen Zuschlägen und den von ihnen gewährten Abschlägen werden jährlich unter den Versicherern vollständig ausgeglichen.

**Art. 106a**<sup>255</sup> Beiträge zur Prämienkorrektur durch die Versicherer und den Bund

<sup>1</sup> Die Versicherer und der Bund bezahlen einen Beitrag in einen Fonds zugunsten der Versicherten, in deren Wohnsitzkanton zu viel Prämien bezahlt wurden.

<sup>2</sup> Die Versicherer leisten in den Fonds einen einmaligen Betrag von 33 Franken pro versicherte Person am Ende des zweiten Jahres nach Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2014 dieses Gesetzes.

<sup>3</sup> Die Versicherer finanzieren ihre Beiträge über einen Einmalzuschlag auf den Prämien. Sie können ihre Beiträge auch aus den Reserven finanzieren, falls diese übermässig sind.

<sup>4</sup> Die Versicherer unterbreiten die Einmalzuschläge auf den Prämien dem Bundesamt zur Genehmigung und informieren die Versicherten transparent darüber.

<sup>5</sup> Der Bund leistet einen einmaligen Sonderbeitrag von 266 Millionen Franken.

<sup>6</sup> Er entrichtet jeweils einen Drittel des Sonderbeitrages nach Absatz 5 im Januar der ersten drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 21. März 2014 dieses Gesetzes an den Fonds.

**Art. 106b**<sup>256</sup> Verteilung des Beitrags der Versicherer und des Bundes

<sup>1</sup> Der Gesamtbetrag des Fonds wird jeweils im Februar an die Versicherer verteilt, und zwar entsprechend der Zahl der Versicherten in den Kantonen, in denen nach Artikel 106 Absatz 2 zu viel Prämien bezahlt wurden. Die Verteilung erfolgt so, dass alle Versicherten in allen Kantonen denselben Prozentsatz der zu viel bezahlten Prämien zurückerhalten.

<sup>2</sup> Die Versicherer verteilen mittels einer ausgewiesenen Prämienrückerstattung den Betrag, der durch den Fonds an sie verteilt wurde, an die Versicherten in denjenigen Kantonen, in denen nach Artikel 106 Absatz 2 zu viel Prämien bezahlt wurden. Die Verteilung erfolgt so, dass alle Versicherten in denjenigen Kantonen, in denen zu viel Prämien bezahlt wurden, denselben prozentualen Anteil an den zu viel bezahlten Prämien zurückerhalten.

<sup>255</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2014 (Prämienkorrektur), in Kraft vom 1. Jan. 2015 bis zum 31. Dez. 2017 (AS 2014 2463; BBl 2012 1923).

<sup>256</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2014 (Prämienkorrektur), in Kraft vom 1. Jan. 2015 bis zum 31. Dez. 2017 (AS 2014 2463; BBl 2012 1923).

<sup>3</sup> Der Fonds wird durch die gemeinsame Einrichtung (Art. 18) verwaltet. Die gemeinsame Einrichtung erstattet dem Bundesamt nach Erfüllung dieser Aufgabe einen umfassenden Bericht.

#### **Art. 106<sup>c257</sup>** Umsetzung der Prämienkorrektur

<sup>1</sup> Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Umsetzung der Prämienkorrektur, insbesondere die Modalitäten:

- a. der Berechnung und der Erhebung des Prämienzuschlags nach Artikel 106;
- b. der Berechnung und der Gewährung des Prämienabschlags nach Artikel 106;
- c. der Prämienrückerstattung nach Artikel 106b;
- d. des Ausgleichs unter den Versicherten nach Artikel 106.

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann einen Betrag pro versicherte Person und Jahr festlegen, der von den zu wenig bezahlten Prämien abgezogen wird, um den Zufallsschwankungen bei der Prämienfestlegung Rechnung zu tragen.

<sup>3</sup> Das Bundesamt legt in einer Verordnung den jährlichen Prämienzuschlag nach Artikel 106 und den jährlichen Prämienabschlag nach Artikel 106 sowie die Prämienrückerstattung nach Artikel 106b fest.

### **3. Kapitel: Referendum und Inkrafttreten**

#### **Art. 107**

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

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten. Er kann die Fristen in den Artikeln 98 Absatz 1, 99 Absatz 1 und 100 verkürzen.

Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 1996<sup>258</sup>

Art. 11–14, 18, 61 Abs. 4, 76 Abs. 4, 97–104 und 107 Abs. 2: 1. Juni 1995<sup>259</sup>

<sup>257</sup> Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. März 2014 (Prämienkorrektur), in Kraft vom 1. Jan. 2015 bis zum 31. Dez. 2017 (AS **2014** 2463; BBl **2012** 1923).

<sup>258</sup> Art. 1 der V vom 12. April 1995 über die Inkraftsetzung und Einführung des BG vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (AS **1995** 1367).

<sup>259</sup> Art. 1 der V vom 12. April 1995 über die Inkraftsetzung und Einführung des BG vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (AS **1995** 1367).

**Schlussbestimmungen der Änderung vom 24. März 2000<sup>260</sup>**

<sup>1</sup> Soweit die in den Artikeln 7 Absatz 7, 62 Absatz 2<sup>bis</sup> und 64 Absatz 8 erwähnten Verträge, Vereinbarungen oder statutarischen Ansprüche von der vorliegenden Änderung betroffen sind, fallen sie mit deren Inkrafttreten dahin.

<sup>2</sup> Die Kantone erlassen bis zum Inkrafttreten dieser Änderung die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 65. Ist der Erlass der definitiven Regelung zu Artikel 65 nicht fristgerecht möglich, so kann die Kantonsregierung eine provisorische Regelung treffen.

**Übergangsbestimmung der Änderung vom 8. Oktober 2004 (Pflegetarife)<sup>261</sup>****Schlussbestimmungen zur Änderung vom 18. März 2005<sup>262</sup> (Prämienverbilligung)**

Das in Artikel 65 Absatz 1<sup>bis</sup> festgesetzte System der Prämienverbilligung für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung wird innert einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Änderung durch die Kantone umgesetzt.

**Übergangsbestimmungen der Änderung vom 20. Dezember 2006 (Pflegetarife)<sup>263</sup>****Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung)<sup>264</sup>**

<sup>1</sup> Die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a mit Einschluss der Investitionskosten müssen spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein.

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt:

- a. die Einführungsmodalitäten;
- b. das Verfahren, nach dem die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.

<sup>3</sup> Die kantonalen Spitalplanungen müssen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen.

<sup>260</sup> AS 2000 2305; BBl 1999 793

<sup>261</sup> AS 2004 4375; BBl 2004 4259. Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 20. Dez. 2006 (Pflegetarife) (AS 2006 5767; BBl 2006 7555 7563).

<sup>262</sup> AS 2005 3587; BBl 2004 4327

<sup>263</sup> AS 2006 5767; BBl 2006 7555 7563. In Kraft bis zum 31. Dez. 2008.

<sup>264</sup> AS 2008 2049; BBl 2004 5551

Dabei müssen sie auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein.

<sup>4</sup> Kantone und Versicherer beteiligen sich bis zum Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen. Während der Frist zur Anpassung der Spitallisten gemäss Absatz 3 haben die Kantone ihren Kostenanteil in allen Spitälern, die auf den aktuell gültigen Spitallisten aufgeführt sind, zu übernehmen.

<sup>5</sup> Die Kantone setzen ihren Finanzierungsanteil nach Artikel 49a Absatz 2 spätestens per 1. Januar 2012 fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

<sup>6</sup> Die Umsetzung der Regelung nach Artikel 41 Absatz 1<sup>bis</sup> erfolgt ebenfalls im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich)<sup>265</sup>**

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 (Pflegefiananzierung)<sup>266</sup>**

<sup>1</sup> Die Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 1 sind erstmals so festzulegen, dass sie der Summe der Vergütungen für die im dem Inkrafttreten vorangehenden Jahr ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen entsprechen. Kann diese Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten werden, so nimmt der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vor.

<sup>2</sup> Die bei Inkrafttreten dieser Änderung geltenden Tarife und Tarifverträge sind innert drei Jahren an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung.

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom 12. Juni 2009<sup>267</sup>**

<sup>265</sup> AS 2008 2049; BBl 2004 5551. Aufgehoben durch Ziff. I des BG vom 21. März 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2017 (AS 2015 3345; BBl 2013 7801 8387).

<sup>266</sup> AS 2009 3517 6487 Ziff. I; BBl 2005 2033

<sup>267</sup> AS 2009 5265; BBl 2009 3413 3423. In Kraft bis 31. Dez. 2011.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. März 2010<sup>268</sup>**

<sup>1</sup> Der Versicherer vergütet die Leistungen an die versicherte Person (tiers garant), an den Leistungserbringer (tiers payant) oder an den Kanton, wenn der Kanton folgende Kosten übernimmt:

- a. die ausstehenden, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben; und
- b. die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung angefallenen Verzugszinse und Betreuungskosten.

<sup>2</sup> Wenn der Kanton die ausstehenden, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben, nicht übernimmt, bleiben die Aufschübe der Kostenübernahme für die Leistungen, die gestützt auf bisheriges Recht verfügt wurden, bestehen und die bis zum Inkrafttreten dieser Änderung erbrachten Leistungen werden nicht zurückerstattet. Sobald die versicherte Person die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreuungskosten vollständig bezahlt hat, übernimmt der Versicherer die Kosten der erbrachten Leistungen.

<sup>3</sup> Die Kantone führen innerhalb von zwei Jahren ab Inkrafttreten dieser Änderung das System der Prämienverbilligung nach Artikel 65 Absatz 1 ein. Solange die Prämienverbilligung direkt an die versicherte Person ausgerichtet wird, übernimmt der Kanton anstatt 85 Prozent 87 Prozent der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 4.

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom 23. Dezember 2011<sup>269</sup>**

Für die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a legt der Bundesrat die Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 56 Absatz 6 fest, wenn Versicherer und Leistungserbringer sich nicht innert 12 Monaten nach Inkrafttreten der vorliegenden Änderung vertraglich auf eine Methode geeinigt haben.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Juni 2013<sup>270</sup> (Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung)**

<sup>268</sup> AS 2011 3523; BBl 2009 6617 6631

<sup>269</sup> AS 2012 4087; BBl 2011 2519 2529

<sup>270</sup> AS 2013 2065; BBl 2012 9439. In Kraft bis 30. Juni 2016.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 17. Juni 2016 (Verlängerung der Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung)<sup>271</sup>**

<sup>1</sup> Kein Bedürfnisnachweis ist erforderlich für Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 17. Juni 2016 nach Artikel 36 zugelassen wurden und in eigener Praxis zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren.

<sup>2</sup> Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten dieser Änderung ihre Tätigkeit in einer Einrichtung nach Artikel 36a oder im ambulanten Bereich eines Spitals nach Artikel 39 ausgeübt haben, müssen den Bedürfnisnachweis nicht erbringen, wenn sie ihre Tätigkeit in der gleichen Einrichtung oder im ambulanten Bereich des gleichen Spitals weiter ausüben.

### **Auftrag an den Bundesrat<sup>272</sup>**

Damit fristgerecht eine Alternative zu Artikel 55a KVG in Kraft gesetzt werden kann, schickt der Bundesrat bis zum 30. Juni 2017 im Sinne des Kommissionspostulats 16.3000 der SGK-SR (Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten) sowie der Kommissionssmotion 16.3001 der SGK-NR (Gesundheitssystem. Ausgewogenes Angebot durch Differenzierung des Taxpunkt-wertes) eine Gesetzesvorlage in die Vernehmlassung.

<sup>271</sup> AS 2016 2265; BBl 2016 3515 3525. In Kraft bis 30. Juni 2019.

<sup>272</sup> AS 2016 2265; BBl 2016 3515 3525. In Kraft bis 30. Juni 2019.



## **Aufhebung und Änderung von Bundesgesetzen**

### **1. Das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911<sup>273</sup> über die Krankenversicherung wird aufgehoben.**

### **2.–6.**

...<sup>274</sup>

<sup>273</sup> [BS 8 281; AS 1959 858, 1964 965, 1968 64, 1971 1465 II Art. 6 Ziff. 2, 1977 2249 Ziff. I 611, 1978 1836 Anhang Ziff. 4, 1982 196 1676 Anhang Ziff. I 2184 Art. 114, 1990 1091, 1991 362 Ziff. II 412, 1992 288 Anhang Ziff. 37, 1995 511]

<sup>274</sup> Die Änderungen können unter AS 1995 1328 konsultiert werden.

