

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. November 2014)

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000¹
über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG),
auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994²
über die Krankenversicherung (Gesetz/KVG) und
auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000³ (HMG),⁴
verordnet:

1. Teil: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1. Titel: Versicherungspflicht

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

1. Abschnitt: Versicherungspflichtige Personen

Art. 1 Versicherungspflicht

¹ Personen mit Wohnsitz in der Schweiz nach den Artikeln 23–26 des Zivilgesetzbuches⁵ (ZGB) unterstehen der Versicherungspflicht nach Artikel 3 des Gesetzes.

² Versicherungspflichtig sind zudem:

- a.⁶ Ausländer und Ausländerinnen mit einer Kurzaufenthalts- oder Aufenthaltsbewilligung nach den Artikeln 32 und 33 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2005⁷ über die Ausländerinnen und Ausländer (AuG), die mindestens drei Monate gültig ist;
- b.⁸ unselbstständig erwerbstätige Ausländer und Ausländerinnen, deren Kurzaufenthaltsbewilligung weniger als drei Monate gültig ist, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen;

AS 1995 3867

¹ SR 830.1

² SR 832.10

³ SR 812.21

⁴ Fassung gemäss Ziff. I 8 der V vom 18. Aug. 2004, in Kraft seit 1. Sept. 2004 (AS 2004 4037).

⁵ SR 210

⁶ Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 5627).

⁷ SR 142.20

⁸ Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 5627).

- c.⁹ Personen, die ein Asylgesuch in der Schweiz nach Artikel 18 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998¹⁰ (AsylG) gestellt haben, und Personen, welchen nach Artikel 66 des AsylG vorübergehender Schutz gewährt wurde, sowie Personen, für welche die vorläufige Aufnahme nach Artikel 83 AuG verfügt worden ist;
- d.¹¹ Personen, welche in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen und nach dem in Artikel 95a Buchstabe a des Gesetzes genannten Abkommen vom 21. Juni 1999¹² zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen) sowie seinem Anhang II der schweizerischen Versicherung unterstellt sind;
- e.¹³ Personen, welche in Island oder Norwegen wohnen und nach dem in Artikel 95a Buchstabe b des Gesetzes genannten Abkommen vom 21. Juni 2001¹⁴ zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA-Abkommen), seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K der schweizerischen Versicherung unterstellt sind;
- f.¹⁵ Personen mit einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen, die mindestens drei Monate gültig ist;
- g.¹⁶ Personen, die während längstens drei Monaten in der Schweiz erwerbstätig sind und nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen hierfür keine Aufenthaltsbewilligung benötigen, sofern sie für Behandlungen in der Schweiz nicht über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.

Art. 2 Ausnahmen von der Versicherungspflicht

¹ Es unterstehen nicht der Versicherungspflicht:

- a.¹⁷ aktive und pensionierte Bundesbedienstete, die nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe b Ziffern 1–7 und Artikel 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992¹⁸ über die Militärversicherung (MVG) der Militärversicherung unterstellt sind;

⁹ Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 5627).

¹⁰ SR 142.31

¹¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

¹² SR 0.142.112.681

¹³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

¹⁴ SR 0.632.31

¹⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

¹⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

¹⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

¹⁸ SR 833.1

- b. Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten;
- c.¹⁹ Personen, die nach dem Freizügigkeitsabkommen²⁰ sowie seinem Anhang II, dem EFTA-Abkommen²¹, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K oder einem Abkommen über Soziale Sicherheit wegen ihrer Erwerbstätigkeit in einem anderen Staat den Rechtsvorschriften dieses Staates unterstellt sind;
- d.²² Personen, die wegen des Bezugs einer Leistung einer ausländischen Arbeitslosenversicherung nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II oder dem EFTA-Abkommen, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K den Rechtsvorschriften eines anderen Staates unterstellt sind;
- e.²³ Personen, die keinen Anspruch auf eine schweizerische Rente haben, aber nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II Anspruch auf eine Rente eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder nach dem EFTA-Abkommen, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K Anspruch auf eine isländische oder norwegische Rente haben;
- f.²⁴ Personen, die als Familienangehörige einer unter den Buchstaben c, d oder e erwähnten Person in deren ausländischen Krankenversicherung mitversichert sind und entweder Anspruch auf Leistungsaushilfe haben oder für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen;
- g.²⁵ Personen, die als Familienangehörige einer Person in deren ausländischen Krankenversicherung mitversichert sind und Anspruch auf Leistungsaushilfe haben.

² Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die nach dem Recht eines Staates, mit dem keine Regelung über die Abgrenzung der Versicherungspflicht besteht, obligatorisch krankenversichert sind, sofern der Einbezug in die schweizerische Versicherung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde und sie für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.²⁶

3 ...²⁷

¹⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

²⁰ SR **0.142.112.681**

²¹ SR **0.632.31**

²² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

²³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS **2002** 1633). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

²⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002 (AS **2002** 1633). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

²⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

²⁷ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, mit Wirkung seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

⁴ Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die sich im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten, wie namentlich Studierende, Schüler und Schülerinnen, Praktikanten und Praktikantinnen sowie Stagiaires, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.²⁸ Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die zuständige kantonale Behörde kann die betreffende Person höchstens für drei Jahre von der Versicherungspflicht befreien. Auf Gesuch hin kann die Befreiung um höchstens drei weitere Jahre verlängert werden. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.²⁹

4bis ...³⁰

⁵ Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind in die Schweiz entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, welche gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit von der Beitragspflicht in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) befreit sind, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen im Sinne von Artikel 3 Absatz 2, wenn der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin sich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz mindestens die Leistungen nach KVG versichert sind. Diese Regelung gilt sinngemäss auch für andere Personen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung durch eine Ausnahmegewilligung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz von der Beitragspflicht in der AHV/IV befreit sind. Die betreffende Person und der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin können die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung nicht widerrufen.³¹

⁶ Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen, sofern sie nach dem Freizügigkeitsabkommen sowie seinem Anhang II von der Versicherungspflicht befreit werden können und nachweisen, dass sie im Wohnstaat und während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union und in der Schweiz für den Krankheitsfall gedeckt sind.³²

⁷ Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die über eine Aufenthaltsbewilligung für Personen ohne Erwerbstätigkeit nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen verfügen, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über

²⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

²⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS 1996 3139). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

³⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, mit Wirkung seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 4523). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende des Textes.

³¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

³² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.³³

⁸ Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich auf Grund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnten. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.³⁴

Art. 3 Grenzgänger und Grenzgängerinnen

¹ Nicht der Versicherungspflicht nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e unterstellte Grenzgänger und Grenzgängerinnen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben, sowie ihre Familienangehörigen, sofern diese im Ausland nicht eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben, werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.³⁵

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

Art. 4 Entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

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

- a. unmittelbar vor der Entsendung in der Schweiz versicherungspflichtig waren; und
- b. für einen Arbeitgeber oder eine Arbeitgeberin mit Wohnsitz oder Sitz in der Schweiz tätig sind.

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

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

³³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

³⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

³⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

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

Art. 5 Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland

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

- a. Bundesbedienstete des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA), die der Versetzungsdisziplin unterstellt sind;
- b. Bundesbedienstete des EDA oder eines anderen Departements, die ausserhalb der Schweiz tätig sind;
- c. Personen, die sich aufgrund ihrer Tätigkeit für eine andere schweizerische Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen Rechts im Ausland befinden.

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

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

Art. 6³⁶ Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht

¹ Personen nach Artikel 2 Absatz 2 Buchstaben a und c des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007³⁷, die Vorrechte, Immunitäten und Erleichterungen geniessen, sind mit Ausnahme der privaten Hausangestellten nicht versicherungspflichtig. Sie werden auf eigenes Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellt.

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

³ Die mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigten Personen, die ihre Tätigkeit bei einer zwischenstaatlichen Organisation, einer internationalen Institution, einem Sekretariat oder einem anderen durch einen völkerrechtlichen Vertrag eingesetzten Organ, einer unabhängigen Kommission, einem internationalen Gerichtshof, einem Schiedsgericht oder einem anderen internationalen Organ im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 des Gaststaatgesetzes vom 22. Juni 2007 eingestellt haben, sind auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen, wenn sie für Behandlungen in der Schweiz bei der Krankenversicherung ihrer früheren Organisation über einen entsprechenden Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine

³⁶ Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6657).

³⁷ SR 192.12

schriftliche Bestätigung der zuständigen Stelle ihrer früheren Organisation mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.

2. Abschnitt: Beginn und Ende der Versicherung

Art. 6a³⁸ Angaben im Beitrittsformular

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

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

³ Die Versicherten dürfen die Personendaten nur für die im Gesetz vorgesehenen Aufgaben bearbeiten.

Art. 7 Sonderfälle³⁹

¹ Ausländer und Ausländerinnen mit einer Niederlassungsbewilligung oder einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und f sind verpflichtet, sich innert drei Monaten zu versichern, nachdem sie sich bei der für die Einwohnerkontrolle zuständigen Stelle angemeldet haben. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Anmeldung des Aufenthaltes. Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.⁴⁰

² Ausländer und Ausländerinnen mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b müssen ab Einreise in die Schweiz versichert sein.⁴¹

^{2bis} Personen ohne Aufenthaltsbewilligung nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe g müssen ab Aufnahme der Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert sein. Auch bei einem verspäteten Beitritt beginnt die Versicherung am Tag, an dem die Erwerbstätigkeit aufgenommen worden ist.⁴²

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

³⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I 4 der V vom 24. Okt. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 5627).

⁴² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

^{3bis} Bei den im Absatz 2bis bezeichneten Personen endet die Versicherung am Tag der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, spätestens aber am Tag der tatsächlichen Ausreise aus der Schweiz, oder mit dem Tod der Versicherten.⁴³

⁴ Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie ihre Familienangehörigen, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 3 Abs. 1), müssen sich innert drei Monaten nach Beginn der Gültigkeit der Grenzgängerbewilligung versichern. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beginns der Gültigkeit der Bewilligung. Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.⁴⁴ Die Versicherung endet mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, mit dem Ablauf oder dem Widerruf der Grenzgängerbewilligung, mit dem Tod der Versicherten oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische Versicherung. Im letzteren Fall darf ohne besonderen Grund kein neues Gesuch gestellt werden.

⁵ Asylsuchende sowie Schutzbedürftige sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Zuweisung an die Kantone nach Artikel 27 AsylG⁴⁵ zu versichern. Vorläufig Aufgenommene sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Verfügung der vorläufigen Aufnahme zu versichern. Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Einreichung des Asylgesuchs oder der Anordnung der vorläufigen Aufnahme oder der Gewährung vorübergehenden Schutzes. Sie endet am Tag, an dem diese Personen die Schweiz nachgewiesenermassen verlassen haben oder mit ihrem Tod.⁴⁶

⁶ Die mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigten Personen, die der schweizerischen Versicherung unterstellt sein wollen (Art. 6 Abs. 1), haben sich innert sechs Monaten nach Erhalt der Legitimationskarte des EDA zu versichern. Die Versicherung beginnt am Tag, an dem sie diese Karte erhalten haben. Sie endet mit der Aufgabe der amtlichen Tätigkeit in der Schweiz, mit dem Tod der Versicherten oder mit dem Verzicht auf die Unterstellung unter die schweizerische obligatorische Versicherung. Im letzteren Fall darf ohne besonderen Grund kein neues Gesuch gestellt werden.⁴⁷

⁷ Aktive und pensionierte Bundesbedienstete nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a, die aus der Militärversicherung ausscheiden, müssen sich innert drei Monaten nach Ausscheiden aus der Militärversicherung bei einem Versicherer nach Artikel 11 des Gesetzes für Krankenpflege versichern. Bei rechtzeitigem Versicherungsbeitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Militärversicherung.

⁸ Versicherungspflichtige Personen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e sind verpflichtet, sich innert drei Monaten nach Entstehung der Versicherungspflicht in

⁴³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

⁴⁴ Fassung des ersten bis dritten Satzes gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

⁴⁵ SR 142.31

⁴⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

⁴⁷ Fassung gemäss Anhang Ziff. 15 der Gaststaatverordnung vom 7. Dez. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6657).

der Schweiz zu versichern. Versichern sie sich innert dieser Frist, so beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Unterstellung unter die schweizerische Versicherung.

Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Die Versicherung endet, wenn diese Personen die Voraussetzungen für eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung nach dem Freizügigkeitsabkommen⁴⁸ sowie seinem Anhang II oder dem EFTA-Abkommen⁴⁹, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K nicht mehr erfüllen.⁵⁰

Art. 7a⁵¹ Fortdauer des Versicherungsschutzes für nicht mehr unterstellte Personen

Die Versicherer können Personen, die nach Artikel 1 Absätze 1 und 2 Buchstaben a und c sowie den Artikeln 3–6 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt waren, auf vertraglicher Basis eine Fortdauer des Versicherungsschutzes anbieten. Der Vertrag kann beim gleichen oder bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden. Die Finanzierung von Leistungen, welche denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen, richtet sich nach den Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsverhältnisse unterliegen dem Bundesgesetz vom 2. April 1908⁵² über den Versicherungsvertrag.

Art. 7b⁵³ Fortdauer der Versicherungspflicht

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

Art. 8 Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt

¹ Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Artikel 5 Absatz 2 des Gesetzes entspricht der doppelten Dauer der Verspätung, höchstens jedoch fünf Jahren.⁵⁴ Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie. Der Versicherer setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage der Versicherten fest. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für die Versicherten zur Folge, setzt der Versicherer einen Zuschlag von weniger als 30 Prozent fest und trägt dabei der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessene Rechnung.

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

⁴⁸ SR 0.142.112.681

⁴⁹ SR 0.632.31

⁵⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

⁵¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1996 (AS 1996 3139).

⁵² SR 221.229.1

⁵³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

⁵⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5639).

³ Wechselt die versicherte Person den Versicherer, hat der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer den Prämienzuschlag im Rahmen der Mitteilung gemäss Artikel 7 Absatz 5 des Gesetzes anzugeben. Ein einmal festgelegter Prämienzuschlag bleibt auch für spätere Versicherer verbindlich.⁵⁵

Art. 9⁵⁶ Beendigung des Versicherungsverhältnisses

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

3. Abschnitt: Aufgaben der Kantone

Art. 10

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

^{1bis} Mit der Information über die Versicherungspflicht von Kurzaufenthaltern und -aufenthalterinnen, von Aufenthaltern und Aufhalterinnen sowie von Niedergelassenen gelten auch deren Familienangehörige als informiert, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen.⁵⁷

² Die zuständige kantonale Behörde entscheidet über die in den Artikeln 2 Absätze 2–5 und 6 Absatz 3 vorgesehenen Gesuche.⁵⁸

³ Die rentenauszahlenden Sozialversicherer und die Organe der Arbeitslosenversicherung unterstützen die Kantone bei der Information über die Versicherungspflicht von Personen nach Artikel 6a Absatz 1 Buchstaben b und c des Gesetzes.⁵⁹

⁵⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5639).

⁵⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

⁵⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

⁵⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

⁵⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

2. Kapitel: Sistierung der Versicherungspflicht und der Unfalldeckung⁶⁰

Art. 10a⁶¹ Sistierung der Versicherungspflicht

¹ Die Sistierung der Versicherungspflicht nach Artikel 3 Absatz 4 des Gesetzes beginnt am Tag, an dem die versicherte Person dem MVG⁶² unterstellt wird.

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

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

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

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

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

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

Art. 11 Sistierung der Unfalldeckung⁶³

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

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

⁶⁰ Ursprünglich vor Art. 11. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

⁶¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000 (AS **2001** 138). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 1. Mai 2006 (AS **2006** 1717). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

⁶² SR **833.1**

⁶³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

2. Titel: Organisation

1. Kapitel: Versicherer

Art. 12 Anerkennung von Krankenkassen

¹ Die Krankenkassen im Sinne von Artikel 12 des Gesetzes müssen in einer der folgenden Rechtsformen organisiert sein:

- a. als Verein (Art. 60 ZGB⁶⁴), Stiftung (Art. 80 ZGB), Genossenschaft (Art. 828 des Obligationenrechts⁶⁵, OR) oder Aktiengesellschaft mit anderen als wirtschaftlichen Zwecken (Art. 620 Abs. 3 OR);
- b. als juristische Person des kantonalen öffentlichen Rechts.

² Die Anerkennung wird gleichzeitig mit der Erteilung der Durchführungsbewilligung nach Artikel 13 des Gesetzes ausgesprochen. Sie wird auf den Anfang eines Kalenderjahres wirksam. Das Gesuch ist dem BAG⁶⁶ bis am 30. Juni des Vorjahres einzureichen. Dem Gesuch sind beizulegen:

- a. die Statuten, die Gründungsurkunde oder der betreffende kantonale oder kommunale Erlass sowie ein Handelsregisterauszug;
- b. die Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 62 KVG) und über die freiwillige Taggeldversicherung (Art. 67–77 KVG) sowie die allfälligen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten;
- c. die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 67–77 des Gesetzes;
- d. ein Budget für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und für die freiwillige Taggeldversicherung nach den Artikeln 67–77 des Gesetzes;
- e. eine nach den unter Buchstabe d bezeichneten Versicherungsarten gegliederte Übersicht über die Reserven und Rückstellungen;
- f. falls die Krankenkasse Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten nach Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes zu betreiben beabsichtigt, die Mitteilung, dass bei der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA)⁶⁷ ein entsprechendes Gesuch gestellt worden ist.

³ Die Reserven einer um Anerkennung ersuchenden Krankenkasse müssen mindestens 8 Millionen Franken betragen.⁶⁸

⁶⁴ SR 210

⁶⁵ SR 220

⁶⁶ Die Bezeichnung der Verwaltungseinheit wurde in Anwendung von Art. 16 Abs. 3 der Publikationsverordnung vom 17. Nov. 2004 (SR 170.512.1) angepasst. Die Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

⁶⁷ Die Bezeichnung der Verwaltungseinheit wurde in Anwendung von Art. 16 Abs. 3 der Publikationsverordnung vom 17. Nov. 2004 (SR 170.512.1) angepasst. Die Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

⁶⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449).

⁴ Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) spricht die Anerkennung aus, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt und die Prämientarife vom BAG genehmigt worden sind.

⁵ Das Departement entzieht einer Krankenkasse die Anerkennung, wenn sie darum ersucht oder die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Es sorgt dafür, dass der Entzug der Anerkennung erst wirksam wird, wenn alle Versicherten von anderen Versicherern übernommen worden sind.

Art. 13 Zusatzversicherungen

Die Krankenkassen können die in Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes vorgesehenen Zusatzversicherungen betreiben, wenn ihnen das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement die entsprechende Bewilligung erteilt hat.

Art. 14 Weitere Versicherungsarten

Als weitere Versicherungsarten im Sinne von Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes gelten:

- a. ein Sterbegeld von höchstens 6000 Franken;
- b. ein Sterbegeld bei Unfalltod von höchstens 6000 Franken;
- c. Invaliditätsentschädigungen bei Krankheit und Unfall von höchstens je 6000 Franken;
- d. eine Invaliditätsentschädigung bei Lähmung von höchstens 70 000 Franken.

Art. 15 Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung

¹ Die in Artikel 13 des Gesetzes vorgesehene Bewilligung wird auf den Beginn eines Kalenderjahres wirksam. Das entsprechende Gesuch muss dem BAG bis zum 30. Juni des Vorjahres eingereicht werden. Diesem sind beizulegen:

- a. von den Krankenkassen die in Artikel 12 Absatz 2 Buchstaben a–e genannten Unterlagen;
- b. von den privaten Versicherungseinrichtungen die Unterlagen, aus denen die Bewilligung zur Durchführung der Krankenversicherung nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 23. Juni 1978⁶⁹ hervorgeht, sowie die in Artikel 12 Absatz 2 Buchstaben b–e genannten Unterlagen.

² Das Departement erteilt die Bewilligung, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt und die Prämientarife vom BAG genehmigt worden sind.

⁶⁹ [AS 1978 1836, 1988 414, 1992 288 Anhang Ziff. 66 733 SchlB Art. 7 Ziff. 3 2363 Anhang Ziff. 2, 1993 3204, 1995 1328 Anhang Ziff. 2 3517 Ziff. I 12 5679, 2000 2355 Anhang Ziff. 28, 2003 232, 2004 1677 Anhang Ziff. 4 2617 Anhang Ziff. 12. AS 2005 5269 Anhang Ziff. I 3]. Siehe heute: das Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dez. 2004 (SR 961.01).

Art. 15a⁷⁰ Befreiung von der Pflicht, eine Versicherung anzubieten

¹ Von der Verpflichtung nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f des Gesetzes wird nur der Versicherer mit weniger als 100 000 Versicherten befreit, sofern er:

- a.⁷¹ weder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union noch in Island und Norwegen Leistungen anbieten will;
- b. Leistungen nur in einem, mehreren oder allen unter Buchstabe a erwähnten Staaten anbieten will, in denen er bereits im Zeitpunkt der Einreichung des Befreiungsgesuches Leistungen angeboten hat.⁷²

² Das Befreiungsgesuch muss dem BAG spätestens bis zum 30. Juni eingereicht werden. Die Befreiung wird auf den 1. Januar des nächsten Jahres wirksam.

³ Das Departement entscheidet über die Befreiung.

2. Kapitel: Rückversicherer**Art. 16** Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung

¹ Die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung nach Artikel 14 des Gesetzes kann erteilt werden an:

- a.⁷³ Institutionen, welche die Leistungen der Krankenversicherung im Sinne des Gesetzes für mindestens 250 000 Personen rückversichern;
- b.⁷⁴ Krankenkassen mit mindestens 250 000 Versicherten;
- c. privaten Versicherungseinrichtungen, die zur Rückversicherung von Krankenversicherungsleistungen zugelassen sind.

² Artikel 15 Absatz 1 findet sinngemäss Anwendung. Das Departement erteilt die Bewilligung, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

³ Die Bestimmungen über die Versicherer sind sinngemäss auf die Rückversicherer anwendbar, soweit sie diese betreffen.

Art. 17 Reserven

¹ Das BAG erlässt Weisungen über die Reservebildung für die Rückversicherung.

⁷⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

⁷¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

⁷² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

⁷³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

⁷⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

² Die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung wird entzogen, wenn der Bestand eines Rückversicherers während mehr als eines Jahres unter das geforderte Mass nach Artikel 16 Absatz 1 sinkt.⁷⁵

Art. 18 Rückversicherung

¹ Ist ein Versicherer rückversichert, so dürfen die Rückversicherungsprämien 50 Prozent der gesamten von den Versicherten geschuldeten Prämien nicht übersteigen.

² Die Rückversicherer haben die Rückversicherungsverträge sowie deren Abänderungen und Ergänzungen dem BAG einzureichen. In den Verträgen ist die Kündigung zu regeln. Sie müssen wenigstens auf das Ende jedes dem Inkrafttreten des Vertrages folgenden Kalenderjahres kündbar sein. Die Kündigungsfrist muss mindestens sechs Monate betragen. Der Rückversicherer hat dem BAG die Kündigung unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.

3. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung

Art. 19⁷⁶ Erfüllung internationaler Verpflichtungen

¹ Die gemeinsame Einrichtung nimmt die sich aus Artikel 95a des Gesetzes ergebenden Aufgaben als Verbindungsstelle wahr. Sie erfüllt auch die Aufgaben als aushelfender Träger am Wohn- oder am Aufenthaltsort der Versicherten, für die aufgrund von Artikel 95a des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe besteht. Sie ist ausserdem zuständig für die Durchführung der Leistungsaushilfe und die Aufgaben als Verbindungsstelle aufgrund anderer internationaler Vereinbarungen.⁷⁷

² Die gemeinsame Einrichtung übernimmt überdies Koordinationsaufgaben zur Erfüllung der sich aus Artikel 95a des Gesetzes ergebenden Verpflichtungen. Namentlich erfüllt sie folgende Aufgaben:

- a. Sie ermittelt aufgrund der anerkannten Kostenstatistiken des zuständigen Organs der Europäischen Union (Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit) oder der Statistiken des betreffenden Staates die Ansätze je Person, die die Versicherer der Prämienberechnung für die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnhaften Versicherten zu Grunde zu legen haben.
- b. Sie erstellt bis zum 31. Mai einen Bericht zu Händen des BAG über die durchgeführte Leistungsaushilfe unter Angabe der Zahl der Fälle, der Gesamtkosten und der ausstehenden Rückzahlungen; die Daten sind nach den

⁷⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

⁷⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

⁷⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

Mitgliedstaaten der Europäischen Union, nach Island und Norwegen und nach den schweizerischen Versicherern zu differenzieren.⁷⁸

³ Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Kosten der Aufgaben, welche die gemeinsame Einrichtung als aushelfender Träger erfüllt, sowie die Kosten der Berichterstattung gemäss Absatz 2 Buchstabe b. Der Bund trägt die durch die Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe entstehenden Zinskosten, die Kosten der Aufgaben, welche die gemeinsame Einrichtung als Verbindungsstelle erfüllt, sowie die Kosten für die Ermittlungen gemäss Absatz 2 Buchstabe a.⁷⁹

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

Art. 19a⁸⁰ Zuweisung von Aufgaben durch das Departement

Wird eine Umverteilung von Reserven zwischen Krankenversicherern nötig, kann das Departement die Umverteilung der gemeinsamen Einrichtung übertragen.

Art. 19b⁸¹ Kosten für die gesetzlichen Leistungen

Die Kosten für die gesetzlichen Leistungen gemäss Artikel 18 Absatz 2 des Gesetzes umfassen:

- a. die Kosten der Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- b. die Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung;
- c. die Risikoabgaben in den Risikoausgleich;
- d. die mit der Gewährung der Leistungen nach den Buchstaben a–c verbundenen Verwaltungskosten.

Art. 20 Revisionsstelle

Die gemeinsame Einrichtung hat eine Revisionsstelle zu bezeichnen. Die Artikel 86–88 sind sinngemäss anwendbar.

⁷⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

⁷⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

⁸⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 28. Sept. 1998, in Kraft seit 1. Okt. 1998 (AS 1998 2634).

⁸¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

Art. 21 Berichte

Die gemeinsame Einrichtung reicht dem BAG bis zum 30. Juni des Folgejahres einen Jahresbericht über ihre Tätigkeit ein. Dem Jahresbericht beizufügen sind für jeden Aufgabenbereich:

- a. eine Betriebsrechnung;
- b. eine Übersicht über die Reserven;
- c. der Bericht der Revisionsstelle.

Art. 22⁸² Streitigkeiten

¹ Bei Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherer ist Artikel 87 des Gesetzes anwendbar. Vorbehalten bleiben Absatz 3 und Artikel 15 der Verordnung vom 12. April 1995⁸³ über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung.⁸⁴

² Bei Streitigkeiten der gemeinsamen Einrichtung mit einem Leistungserbringer gilt Artikel 89 des Gesetzes.

³ Die gemeinsame Einrichtung entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Versicherer in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968⁸⁵ über das Verwaltungsverfahren über:

- a. die Umverteilung von Reserven nach Artikel 19a;
- b. die Erhebung von Beiträgen an den Insolvenzfonds und die Auszahlung von Leistungen aus dem Insolvenzfonds;
- c. die Auszahlung der Mehreinnahmen nach Artikel 67 Absatz 2^{ter}.⁸⁶

⁴ Der Rechtsmittelweg richtet sich nach den allgemeinen Bestimmungen der Bundesrechtspflege.⁸⁷

4. Kapitel: Förderung der Gesundheit

Art. 23

¹ Bezüglich der Aufsicht über die in Artikel 19 Absatz 2 des Gesetzes vorgesehene Institution sind die Artikel 20 und 21 sinngemäss anwendbar. Der Rechenschaftsbericht ist zu veröffentlichen.

⁸² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

⁸³ SR **832.112.1**

⁸⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

⁸⁵ SR **172.021**

⁸⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004 (AS **2004** 5075). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

⁸⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

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

5. Kapitel: Aufsicht

1. Abschnitt: Zuständigkeiten

Art. 24 Aufsicht über die Versicherungstätigkeit

¹ Das BAG beaufsichtigt die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 24–31 und 67–77 des Gesetzes.

² Die FINMA beaufsichtigt die Durchführung der in Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes genannten Versicherungen.

Art. 25 Institutionelle Aufsicht über die Krankenkassen

Das BAG sorgt dafür, dass die Krankenkassen und die Institutionen nach Artikel 16 Absatz 1 Buchstabe a jederzeit in der Lage sind, die mit der Anerkennung und der Durchführungsbewilligung verbundenen Bedingungen zu erfüllen.

Art. 26⁸⁸ Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung

Die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Gesetzes untersteht der Aufsicht des Departements. Das BAG unterstützt das Departement bei der Durchführung dieser Aufgabe in den ihm zugewiesenen Bereichen. Es prüft namentlich die finanziellen Verhältnisse der gemeinsamen Einrichtung und erstattet dem Departement regelmässig Bericht.

2. Abschnitt: Beschwerde durch das BAG

Art. 27⁸⁹

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

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

⁸⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

⁸⁹ Fassung gemäss Ziff. II 95 der V vom 8. Nov. 2006 über die Anpassung von Bundesratsverordnungen an die Totalrevision der Bundesrechtspflege, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 4705).

3. Abschnitt: Aufsichtsdaten

Art. 28⁹⁰ Daten der Versicherer

¹ Die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 21 Absatz 4 des Gesetzes weitergegeben werden müssen, dienen dazu:

- a. die einheitliche Anwendung des Gesetzes zu überwachen;
- b. die Kostenentwicklung zu verfolgen;
- c. die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu kontrollieren (statische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer);
- d. die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen;
- e. sicherzustellen, dass die Prämienunterschiede den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden entsprechen und die Mittel der Sozialversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden;
- f. die Entscheidungsgrundlagen für die Durchführung von gesetzlich vorgesehenen ordentlichen oder ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorzubereiten;
- g. die Wirkungen des Gesetzes zu verfolgen und Entscheidungsgrundlagen für allfällig notwendige Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereitzustellen.

² Das BAG sorgt dafür, dass den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. Es stellt die Resultate der Erhebungen den am Vollzug des Gesetzes beteiligten Stellen zur Verfügung.

³ Die Versicherer müssen dem BAG jährlich pro versicherte Person namentlich folgende Daten weitergeben:

- a. Alter, Geschlecht und Wohnort der Versicherten;
- b. ihren Ein- und Austritt sowie die Todesfälle;
- c. die von den Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsarten mit Angabe der Höhe der Prämie und der Franchise;
- d. Umfang, Art, Tarifpositionen und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für Leistungen nach dem Gesetz;
- e. die jeweiligen Erbringer der Leistungen;
- f. die Höhe der erhobenen Kostenbeteiligung.

⁴ Sie müssen dem BAG die Daten nach Absatz 3 auf elektronischen Datenträgern zur Verfügung stellen. Das BAG kann sie davon auf Gesuch hin für eine befristete

⁹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.

⁵ Die Versicherer haben die Daten korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und unter Wahrung der Anonymität der Versicherten zu liefern.

⁶ Sie müssen dem BAG auf eigene Kosten jährlich die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters übermitteln.

⁷ Das BAG erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1–6 zu treffenden Vorkehren.

Art. 28a⁹¹ Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten

Auf Verlangen des BAG müssen Dritte, die von den Versicherern beauftragt sind, die Angaben nach Artikel 21 Absatz 4 des Gesetzes und nach Artikel 28 zur Verfügung stellen, sofern die von den Versicherern zur Verfügung gestellten Daten für die Aufsichtstätigkeit über die Durchführung der Krankenversicherung nicht ausreichen.

Art. 28b⁹² Veröffentlichung der Daten der Versicherer

¹ Das BAG veröffentlicht die Daten nach Artikel 28 so, dass namentlich Angaben über die Versicherungsform, die Versicherungsleistungen und die Kosten, gesondert nach Alter, Geschlecht und Region sowie nach Kategorien von Leistungserbringern, Betrieben und Pflegeleistungen, ersichtlich sind.

² Das BAG veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung:

- a. Einnahmen und Ausgaben;
- b. Ergebnis je versicherte Person;
- c. Reserven;
- d. Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle;
- e. Krankenpflegekosten;
- f. Risikoausgleich;
- g. Verwaltungskosten;
- h. Versichertenbestand;
- i. Prämien;
- j. Bilanz und Betriebsrechnung.

⁹¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

⁹² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

Art. 29 Risikobestand

Für die Berechnung der von den Versicherern zu meldenden durchschnittlichen Versichertenbestände sind bei unterjährigen Versicherungszeiten die zusammengezählten Versicherungsmonate, geteilt durch zwölf, massgebend.

Art. 30⁹³**Art. 31**⁹⁴ Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer

¹ Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik gestützt auf Artikel 22a des Gesetzes und durch das BAG nach Artikel 51 des Bundesgesetzes vom 26. Juni 2006⁹⁵ über die universitären Medizinalberufe erhobenen Daten so, dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind:

- a. Leistungsangebot der Leistungserbringer;
- b. Diplome und Weiterbildungstitel der Leistungserbringer;
- c. medizinische Qualitätsindikatoren;
- d. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;
- e. Kostenentwicklung.

Art. 32 Wirkungsanalyse

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

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

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

⁹³ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, mit Wirkung seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

⁹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

⁹⁵ SR 811.11

3. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

Art. 33 Allgemeine Leistungen

Das Departement bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission:

- a. die von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;
- b.⁹⁶ die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 25a Absätze 1 und 2 des Gesetzes;
- c. die neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befinden; es bestimmt die Voraussetzungen und den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- d. die medizinischen Präventionsmassnahmen nach Artikel 26 des Gesetzes, die Leistungen bei Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben a und c des Gesetzes und die zahnärztlichen Behandlungen nach Artikel 31 Absatz 1 des Gesetzes;
- e. die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 des Gesetzes; es setzt Höchstbeträge für ihre Vergütung fest;
- f. den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe c des Gesetzes vorgesehenen Beitrag an die Kosten von Badekuren; dieser Beitrag dient der Deckung von Kosten bei Badekuren, die nicht durch andere Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind; er kann während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet werden;
- g. den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe g des Gesetzes vorgesehenen Beitrag an die Transport- und Rettungskosten; die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes sind Teil der stationären Behandlung;
- h.⁹⁷ das Verfahren der Bedarfsermittlung;
- i.⁹⁸ den in Artikel 25a Absätze 1 und 4 des Gesetzes vorgesehenen und nach Pflegebedarf differenzierten Beitrag an die Pflegeleistungen.

⁹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3525 6847 Ziff. II 2).

⁹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3525 6847 Ziff. II 2).

⁹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3525 6847 Ziff. II 2).

Art. 34 Analysen und Arzneimittel

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

Art. 35 Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen

Die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der Invalidenversicherung für Geburtsgebrechen erbrachten therapeutischen Massnahmen nach Artikel 52 Absatz 2 des Gesetzes sind anschliessend von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen.

2. Kapitel: Umfang der Kostenübernahme**Art. 36** Leistungen im Ausland

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

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

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

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

nahme nach den Tarifen und Preisen des Kantons, in dem der Versicherer seinen Sitz hat.⁹⁹

⁵ Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die internationale Leistungshilfe.¹⁰⁰

Art. 36a¹⁰¹ Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland

¹ Das Departement kann Pilotprojekte bewilligen, die in Abweichung von Artikel 34 des Gesetzes eine Kostenübernahme durch Versicherer für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden.

² Das Bewilligungsgesuch ist vier Monate vor dem voraussichtlichen Beginn des Pilotprojekts einzureichen.

³ Pilotprojekte müssen folgende Anforderungen erfüllen:

- a.¹⁰² Die Projektdauer beträgt vier Jahre ab der Genehmigung durch das Departement; sie kann zweimal um bis zu vier Jahre verlängert werden; Gesuche für neue Pilotprojekte können bis zum 31. Dezember 2012 eingereicht werden.
- b. Sie werden von einem oder mehreren Kantonen und von einem oder mehreren Versicherern gemeinsam eingereicht.
- c. Sie stehen den Versicherten offen, die bei einem am Pilotprojekt beteiligten Versicherer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einem am Pilotprojekt beteiligten Kanton haben.
- d. Sie umschreiben in einer Liste die im Ausland erbrachten Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden; diese Leistungen müssen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.
- e. Sie enthalten eine Liste mit den ausländischen Leistungserbringern, die im Rahmen des Pilotprojekts Leistungen erbringen dürfen; diese Leistungserbringer erfüllen die gesetzlichen Anforderungen für Leistungserbringer entsprechend.
- f. Die Tarife und die Preise für die im Ausland erbrachten Leistungen:
 1. werden zwischen den Versicherern und den ausländischen Leistungserbringern vereinbart,
 2. liegen zwischen den für die soziale Krankenversicherung im Ausland geltenden üblichen Tarifen und den in der Schweiz verbindlichen Tarifen,

⁹⁹ Dritter Satz eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 1633).

¹⁰⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 915).

¹⁰¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

¹⁰² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Nov. 2014 (AS **2014** 3263). Siehe auch die UeB der Änd. vom 24. Juni 2009 am Ende des Textes.

3. erfüllen die Anforderungen der Artikel 43, 49 und 52 des Gesetzes entsprechend.

- g. Die zwischen Versicherern und ausländischen Leistungserbringern vereinbarten Tarife oder Preise müssen von den ausländischen Leistungserbringern eingehalten werden; die ausländischen Leistungserbringer dürfen für die Leistungen nach Buchstabe d keine weitergehenden Vergütungen berechnen.
- h. Sie beinhalten ein Konzept zur wissenschaftlichen Projektbegleitung durch eine aussenstehende Expertin oder einen aussenstehenden Experten und die Verteilung der dafür vorgesehenen Kosten zwischen Kantonen und Versicherern.

⁴ Die Versicherer können für die im Ausland erbrachten Leistungen ganz oder teilweise auf die Erhebung des Selbstbehalts, der Franchise (Art. 103) und des Beitrags an die Kosten des Spitalaufenthalts (Art. 104) verzichten.

⁵ Der im Rahmen der wissenschaftlichen Projektbegleitung ausgearbeitete Bericht wird dem Departement zur Kenntnis gebracht.

Art. 37¹⁰³ Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Personen

Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital in der Schweiz übernimmt der Versicherer die Pauschalen, die nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes in Rechnung gestellt werden, für:

- a. Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen und in der Schweiz versichert sind;
- b. Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein oder Norwegen wohnen und bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95a des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben.

3. Kapitel:¹⁰⁴ Kommissionen

Art. 37a¹⁰⁵ Beratende Kommissionen

Beratende Kommissionen nach Artikel 33 Absatz 4 des Gesetzes sind:

- a. die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (Leistungs- und Grundsatzkommission);
- b. die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission);

¹⁰³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

¹⁰⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 1639).

¹⁰⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

- c. die Eidgenössische Arzneimittelkommission.

Art. 37b¹⁰⁶ Allgemeine Bestimmungen

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

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

- a. die Arbeitsweise der Kommission und die Zusammensetzung von Ausschüssen;
- b. die Richtlinien und Verfahren zur Leistungsbezeichnung;
- c. den Beizug von Experten und Expertinnen.

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

⁴ Das Departement genehmigt die Geschäftsordnungen.

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

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

Art. 37c¹⁰⁷

Art. 37d¹⁰⁸ Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen

¹ Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen berät das Departement bei der Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 33, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4¹⁰⁹ sowie bei der Beurteilung von Grundsatzfragen in der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der ethischen Aspekte bei der Leistungsbezeichnung.

² Sie hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

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

¹⁰⁶ Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 5227).

¹⁰⁷ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

¹⁰⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

¹⁰⁹ Heute: und 104a Abs. 4.

- b. Festsetzung von Grundsätzen, damit der Datenschutz und die Interessen der Versicherten bei der Leistungsbezeichnung in der Krankenversicherung gewahrt werden;
 - c. Ausarbeitung von Kriterien für die Beurteilung von Leistungen nach Artikel 33 Absatz 3 des Gesetzes und Artikel 70.
- ³ Sie besteht aus 18 Mitgliedern. Davon vertreten:
- a. vier Personen die Ärzteschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
 - b. eine Person die Spitäler;
 - c. eine Person die Apothekerschaft, wobei diese Person gleichzeitig auch die Arzneimittelkommission vertritt;
 - d. zwei Personen die Krankenversicherer;
 - e. zwei Personen die Vertrauensärzteschaft;
 - f. zwei Personen die Versicherten;
 - g. eine Person die Kantone;
 - h. eine Person die Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission;
 - i. eine Person die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftlicher Experte oder wissenschaftliche Expertin);
 - j. zwei Personen die medizinische Ethik;
 - k. eine Person die Medizintechnikindustrie.¹¹⁰

Art. 37e Eidgenössische Arzneimittelkommission

¹ Die Eidgenössische Arzneimittelkommission berät das BAG bei der Erstellung der Spezialitätenliste nach Artikel 34. Überdies berät sie das Departement, in ihrem Bereich, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4¹¹¹.

² Sie besteht aus 16 Mitgliedern. Davon vertreten:¹¹²

- a. eine Person die Fakultäten der Medizin und Pharmazie (wissenschaftlicher Experte oder wissenschaftliche Expertin);
- b. drei Personen die Ärzteschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
- c. drei Personen die Apothekerschaft, wobei eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
- d. eine Person die Spitäler;

¹¹⁰ Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 5227).

¹¹¹ Heute: und 104a Abs. 4.

¹¹² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 18. Jan. 2012, in Kraft seit 1. Febr. 2012 (AS 2012 459).

- e. zwei Personen die Krankenversicherer;
- f. zwei Personen die Versicherten;
- g. zwei Personen die Pharmaindustrie;
- h. eine Person das Schweizerische Heilmittelinstitut;
- i.¹¹³ eine Person die Kantone.¹¹⁴

Art. 37f Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände¹¹⁵

¹ Die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände berät das Departement bei der Erstellung der Analysenliste nach Artikel 34, bei der Beurteilung und Festsetzung der Vergütung von Mitteln und Gegenständen nach Artikel 33 Buchstabe e sowie bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 105 Absatz 4¹¹⁶, die ihren Bereich betreffen.¹¹⁷

² Sie besteht aus 15 Mitgliedern. Davon vertreten:

- a. zwei Personen die Dozenten und Dozentinnen der Laboranalytik (wissenschaftliche Experten und Expertinnen);
- b. eine Personen die Ärzteschaft;
- c. eine Person die Apothekerschaft;
- d. zwei Personen die Laboratorien;
- e. zwei Personen die Krankenversicherer;
- f. eine Person die Vertrauensärzteschaft;
- g. zwei Personen die Versicherten;
- h. eine Person die Diagnostica- und Diagnostica-Geräte-Industrie;
- i. eine Person die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände;
- j. zwei Personen die Hersteller und Vertreiber von Mitteln und Gegenständen.¹¹⁸

¹¹³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 18. Jan. 2012, in Kraft seit 1. Febr. 2012 (AS 2012 459).

¹¹⁴ Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 5227).

¹¹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

¹¹⁶ Heute: und 104a Abs. 4.

¹¹⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

¹¹⁸ Fassung gemäss Ziff. I 2.10 der V vom 9. Nov. 2011 (Überprüfung der ausserparlamentarischen Kommissionen), in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 5227).

Art. 37^{g119}

4. Titel: Leistungserbringer

1. Kapitel: Zulassung

1. Abschnitt:¹²⁰ **Ärzte und Ärztinnen**

Art. 38 Weiterbildung

Ärztinnen und Ärzte haben sich über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006¹²¹ (MedBG) auszuweisen.

Art. 39 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise

¹ Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über ein nach Artikel 15 des MedBG¹²² anerkanntes ausländisches Diplom verfügen.

² Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über einen nach Artikel 21 des MedBG anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel oder über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.

2. Abschnitt:¹²³ **Apotheker und Apothekerinnen**

Art. 40 Weiterbildung

Apothekerinnen und Apotheker haben sich über eine zweijährige praktische Weiterbildung in einer Apotheke auszuweisen.

Art. 41 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise

Apothekerinnen und Apothekern mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Apothekerinnen und Apotheker, die über ein nach Artikel 15 des MedBG¹²⁴ anerkanntes ausländisches Diplom oder über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.

¹¹⁹ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

¹²⁰ Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

¹²¹ SR 811.11

¹²² SR 811.11

¹²³ Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

¹²⁴ SR 811.11

3. Abschnitt:¹²⁵ Zahnärzte und Zahnärztinnen

Art. 42 Zulassung

Zugelassen sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über ein eidgenössisches Diplom verfügen und sich über eine zweijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen.

Art. 43 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise

Zahnärztinnen und Zahnärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über ein nach Artikel 15 des MedBG¹²⁶ anerkanntes ausländisches Diplom oder über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.

4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen

Art. 44

¹ Chiropraktorinnen und Chiropraktoren haben nachzuweisen, dass:

- a. sie eine Ausbildung nach den Artikeln 14 und 33 des MedBG¹²⁷ erfolgreich abgeschlossen haben;
- b. sie eine Weiterbildung nach den Artikeln 17–19 des MedBG erfolgreich abgeschlossen haben.¹²⁸

² ...¹²⁹

³ Die Bestimmungen über die Anwendung von ionisierenden Strahlen zu chiropraktischen Zwecken, insbesondere Artikel 11 der Strahlenschutzverordnung vom 22. Juni 1994¹³⁰, bleiben vorbehalten.

¹²⁵ Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

¹²⁶ SR 811.11

¹²⁷ SR 811.11

¹²⁸ Fassung gemäss Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

¹²⁹ Aufgehoben durch Art. 17 der V vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen, mit Wirkung seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4055).

¹³⁰ SR 814.501

5. Abschnitt: Hebammen

Art. 45

¹ Die Hebammen haben nachzuweisen:

- a.¹³¹ das Diplom einer Schule für Hebammen, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002¹³² über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme oder in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung einer Hebamme;
- c. eine Zulassung nach kantonalem Recht.

² ...¹³³

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

Art. 46 Im Allgemeinen

¹ Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;
- c.¹³⁴ Pflegefachfrau oder Pflegefachmann;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e.¹³⁵ Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin.

² Diese Personen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein und die übrigen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, welche in dieser Verordnung festgelegt sind.

¹³¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

¹³² SR 412.10

¹³³ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

¹³⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).

¹³⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

¹ Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen haben nachzuweisen:

- a.¹³⁶ das Diplom einer Schule für Physiotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002¹³⁷ über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b.¹³⁸ eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Physiotherapeuten, einer Physiotherapeutin oder in einer Organisation der Physiotherapie, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, in einer physikalisch-therapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

2 ...¹³⁹

Art. 48 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

¹ Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen haben nachzuweisen:

- a.¹⁴⁰ das Diplom einer Schule für Ergotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002¹⁴¹ über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, oder in einer Arztpraxis, einem Spital oder einer Organisation der Ergotherapie unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

2 ...¹⁴²

Art. 49¹⁴³ Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben nachzuweisen:

- ¹³⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
- ¹³⁷ SR 412.10
- ¹³⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Aug. 2009 (AS 2009 3525).
- ¹³⁹ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).
- ¹⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.
- ¹⁴¹ SR 412.10
- ¹⁴² Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075).
- ¹⁴³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5075). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

- a. das Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002¹⁴⁴ über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder der nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

Art. 50 Logopäden und Logopädinnen

Die Logopäden und Logopädinnen haben nachzuweisen:

- a. eine vom Kanton anerkannte dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:
 1. Linguistik (Linguistik, Phonetik, Psycholinguistik),
 2. Logopädie (Logopädische Methodenlehre [Beratung, Abklärung, Behandlung], Sprachbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpsychologie, Sprachpathologie),
 3. Medizin (Neurologie, Otorhinolaryngologie, Phoniatrie, Psychiatrie, Stomatologie),
 4. Pädagogik (Pädagogik, Sonderpädagogik/Heilpädagogik),
 5. Psychologie (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, pädagogische Psychologie einschliesslich Lernpsychologie, Sozialpsychologie),
 6. Recht (Sozialgesetzgebung);
- b.¹⁴⁵ eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich, wovon mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen; ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, in einer Facharztpraxis absolviert werden.

Art. 50a¹⁴⁶ Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen

¹ Die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen haben nachzuweisen:

¹⁴⁴ SR 412.10

¹⁴⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

¹⁴⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1996 3139).

- a.¹⁴⁷ das Diplom einer Schule für Ernährungsberatung, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002¹⁴⁸ über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b.¹⁴⁹ eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist, in einer Organisation der Ernährungsberatung, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital, einer Arztpraxis oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

2 ...¹⁵⁰

Art. 51 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie:

- a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;
- b.¹⁵¹ ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c.¹⁵² über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;
- d.¹⁵³ über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e.¹⁵⁴ an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Krankenpflege erbracht wird.

Art. 52 Organisationen der Ergotherapie

Organisationen der Ergotherapie werden zugelassen, wenn sie:

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

¹⁴⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075). Siehe auch die SchlB dieser And. am Ende dieser Verordnung.

¹⁴⁸ SR **412.10**

¹⁴⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 4089).

¹⁵⁰ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).

¹⁵¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

¹⁵² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

¹⁵³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

¹⁵⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2272).

- b.¹⁵⁵ ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c.¹⁵⁶ über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;
- d.¹⁵⁷ über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e.¹⁵⁸ an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Ergotherapie erbracht wird.

Art. 52a¹⁵⁹ Organisationen der Physiotherapie

Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie:

- a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;
- b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 47 erfüllen;
- d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Physiotherapie erbracht wird.

Art. 52b¹⁶⁰ Organisationen der Ernährungsberatung

Organisationen der Ernährungsberatung werden zugelassen, wenn sie:

- a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;
- b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50a erfüllen;
- d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;

¹⁵⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

¹⁵⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

¹⁵⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

¹⁵⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

¹⁵⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Aug. 2009 (AS 2009 3525).

¹⁶⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4089).

- e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Ernährungsberatung erbracht wird.

7. Abschnitt: Laboratorien

Art. 53 Grundsatz

Als Laboratorien werden Einrichtungen zugelassen, die:

- a. medizinische Analysen durchführen;
- b. nach kantonalem Recht zugelassen sind;
- c. an den Qualitätssicherungsmassnahmen nach Artikel 77 teilnehmen;
- d. den übrigen von der Gesetzgebung des Bundes oder des Kantons festgesetzten Anforderungen an Laboratorien entsprechen;
- e.¹⁶¹ vom BAG anerkannt sind, wenn sie Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durchführen;
- e^{bis}.¹⁶² über eine entsprechende Bewilligung des BAG verfügen, wenn sie zyto- oder molekulargenetische Untersuchungen durchführen;
- f. über zweckentsprechende Einrichtungen und das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- g. die Zulassungsbedingungen nach Artikel 54 erfüllen.

Art. 54 Zulassungsbedingungen

¹ Als Laboratorium ist ohne weitere Bedingungen zugelassen:

- a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin, wenn:
 1. Analysen im Rahmen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a für den Eigenbedarf des Arztes oder der Ärztin durchgeführt werden,
 2. das Ergebnis der Analysen grundsätzlich im Verlauf der Konsultation vorliegt (Präsenzdiagnostik),
 3. das Praxislaboratorium räumlich und rechtlich Teil der Praxis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist,
 - 4.¹⁶³ die Analysen im Praxislaboratorium oder, für separat bezeichnete Analysen nach Ziffer 1, im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden;

¹⁶¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS **1998** 1818).

¹⁶² Eingefügt durch Art. 37 Ziff. 2 der V vom 14. Febr. 2007 über genetische Untersuchungen beim Menschen, in Kraft seit 1. April 2007 (AS **2007** 651).

¹⁶³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 4523).

- b. das Spitallaboratorium für Analysen, die nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden;
- c. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind.¹⁶⁴

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

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

- a. sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom Departement anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung stehen;
- b. sich die leitende Person nach Buchstabe a über eine Weiterbildung in der Laboranalytik ausweist, deren Inhalt vom Departement geregelt wird.

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

⁵ Das Departement kann Ausführungsbestimmungen zu Absatz 1 Buchstabe a erlassen.¹⁶⁵

8. Abschnitt: Abgabestellen für Mittel und Gegenstände

Art. 55

Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.

¹⁶⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

¹⁶⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

8a. Abschnitt:¹⁶⁶ Geburtshäuser

Art. 55a

Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.

Die Geburtshäuser sind zugelassen, wenn sie:

- a. den Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben b–e des Gesetzes entsprechen;
- b. ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 des Gesetzes festgelegt haben;
- c. eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen;
- d. Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen haben.

9. Abschnitt: Transport- und Rettungsunternehmen

Art. 56

Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Durchführung von Transporten und Rettungen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.

10. Abschnitt: Heilbäder

Art. 57 Im Allgemeinen

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

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

Art. 58 Heilquellen

¹ Als Heilquellen gelten Quellen, deren Wasser aufgrund besonderer chemischer oder physikalischer Eigenschaften und ohne jede Veränderung ihrer natürlichen

¹⁶⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

Zusammensetzung eine wissenschaftlich anerkannte Heilwirkung ausüben oder erwarten lassen.

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

11. Abschnitt:¹⁶⁷ Planungskriterien

Art. 58a Grundsatz

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

² Die Kantone überprüfen ihre Planung periodisch.

Art. 58b Versorgungsplanung

¹ Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.

² Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.

³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Artikel 58e zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.

⁴ Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 58e.

⁵ Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

- a. die Effizienz der Leistungserbringung;
- b. den Nachweis der notwendigen Qualität;
- c. im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

¹⁶⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097).

Art. 58c Art der Planung

Die Planung erfolgt:

- a. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert;
- b. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen;
- c. für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Art. 58d Interkantonale Koordination der Planungen

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes müssen die Kantone insbesondere:

- a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen;
- b. die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren.

Art. 58e Listen und Leistungsaufträge

¹ Die Kantone führen auf ihrer Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Artikel 58b Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.

² Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt.

³ Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten.

2. Kapitel: Rechnungstellung

Art. 59¹⁶⁸ Rechnungsstellung im Allgemeinen

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

- a. Kalendarium der Behandlungen;

¹⁶⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4089).

- b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- c. Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind;
- d. Kennnummer der Versichertenkarte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f der Verordnung vom 14. Februar 2007¹⁶⁹ über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- e. Versichertennummer nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946¹⁷⁰ über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

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

³ Bei Analysen erfolgt die Rechnungsstellung an den Schuldner der Vergütung ausschliesslich durch das Laboratorium, das die Analyse durchgeführt hat. Pauschal-tarife nach Artikel 49 des Gesetzes bleiben vorbehalten.

⁴ Haben Versicherer und Leistungserbringer vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des *Tiers payant*), so hat der Leistungserbringer der versicherten Person die Kopie der Rechnung nach Artikel 42 Absatz 3 des Gesetzes zukommen zu lassen. Er kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass dieser die Rechnerungskopie zustellt.

Art. 59a¹⁷¹ Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG

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

² Diagnosen und Prozeduren nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c sind entsprechend den Klassifikationen für die medizinische Statistik der Krankenhäuser nach Ziffer 62 des Anhangs der Verordnung vom 30. Juni 1993¹⁷² über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes zu codieren.

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

¹⁶⁹ SR 832.105

¹⁷⁰ SR 831.10

¹⁷¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4089). Siehe auch die UeB dieser And. am Ende dieses Textes.

¹⁷² SR 431.012.1

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

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

⁶ Jeder Versicherer muss über eine Datenannahmestelle verfügen. Diese muss nach Artikel 11 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992¹⁷³ über den Datenschutz zertifiziert sein.

⁷ Der Versicherer informiert den Beauftragten nach Artikel 26 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz unaufgefordert über die Zertifizierung oder Rezertifizierung seiner Datenannahmestelle. Der Beauftragte kann von der Datenannahmestelle oder von der Zertifizierungsstelle jederzeit die für die Zertifizierung oder Rezertifizierung relevanten Dokumente einfordern. Der Beauftragte veröffentlicht eine Liste der zertifizierten Datenannahmestellen.

Art. 59^{bis} 174 Rechnungsstellung im ambulanten Bereich und
in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie

Für den ambulanten Bereich sowie die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie erlässt das Departement ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Art. 59^{ter} 175 Datensichernde Massnahmen und Aufbewahrung

¹ Für die Bearbeitung der medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 treffen die Versicherer die erforderlichen technischen und organisatorischen datensichernden Massnahmen, insbesondere diejenigen nach den Artikeln 21 und 22 der Verordnung vom 14. Juni 1993¹⁷⁶ zum Bundesgesetz über den Datenschutz.

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

¹⁷³ SR 235.1

¹⁷⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4089).

¹⁷⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 4. Juli 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 4089).

¹⁷⁶ SR 235.11

3. Kapitel: Tarife und Preise¹⁷⁷

1. Abschnitt: Grundsätze¹⁷⁸

Art. 59b¹⁷⁹ Preisvergleiche

¹ Das BAG kann Preisvergleiche zwischen Arzneimitteln, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, veröffentlichen.

² Es kann auf Gesuch hin Privaten die Bekanntgabe von solchen Preisvergleichen bewilligen, wenn jede Werbung ausgeschlossen ist.

Art. 59c¹⁸⁰ Tarifgestaltung

¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:

- a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.
- b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.
- c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.

² Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Absatz 1 Buchstaben a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.

³ Die zuständige Behörde wendet die Absätze 1 und 2 bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 oder 48 des Gesetzes sinngemäss an.

Art. 59d¹⁸¹ Leistungsbezogene Pauschalen

¹ Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat nach den Artikeln 46 Absatz 4 und 49 Absatz 2 des Gesetzes den Tarifvertrag zur Genehmigung unterbreiten. Der Tarifvertrag muss die einheitliche Tarifstruktur und die Anwendungsmodalitäten des Tarifs beinhalten. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen namentlich folgende Unterlagen eingereicht werden:

- a. die Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethode;

¹⁷⁷ Ursprünglich vor Art. 59a. Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

¹⁷⁸ Ursprünglich vor Art. 59a. Eingefügt durch Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

¹⁷⁹ Eingefügt durch Ziff. I 8 der V vom 18. Aug. 2004, in Kraft seit 1. Sept. 2004 (AS 2004 4037).

¹⁸⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

¹⁸¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

- b. die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierstellung;
- c. die Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.

² Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (*Diagnosis Related Groups*) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung beizulegen sind ergänzende Unterlagen über die Anforderungen, die die Spitäler erfüllen müssen, damit sie bei der Erarbeitung der Tarifstruktur einbezogen werden können.

³ Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat die Anpassungen des Tarifvertrags, namentlich jene der Tarifstruktur oder der Anwendungsmodalitäten, zur Genehmigung unterbreiten.

⁴ Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.

Art. 59^{e182} Fallbeitrag

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

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

³ Für die Aufteilung der Finanzierung des Fallbeitrags gilt Artikel 49a Absätze 1 und 2 des Gesetzes sinngemäss.

2. Abschnitt:¹⁸³ Analysenliste

Art. 60¹⁸⁴ Veröffentlichung

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

¹⁸² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Okt. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 5097). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

¹⁸³ Ursprünglich 1. Abschn.

¹⁸⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS 2002 2129).

Art. 61 Aufnahme, Streichung

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

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

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

Art. 62¹⁸⁵ Separate Bezeichnung bestimmter Analysen

¹ Das Departement bezeichnet diejenigen Analysen, die:

- a. im Rahmen der Grundversorgung von Laboratorien nach Artikel 54 Absatz 1 durchgeführt werden können;
- b. von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen gestützt auf Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes veranlasst werden können;
- c. von Hebammen gestützt auf Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes veranlasst werden können.

² Das Departement bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 des Gesetzes festgesetzt werden kann.

3. Abschnitt:¹⁸⁶ **Arzneimittelliste mit Tarif****Art. 63**

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

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

¹⁸⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, in Kraft seit 1. April 2000 (AS 2000 889).

¹⁸⁶ Ursprünglich 2. Abschn.

4. Abschnitt:¹⁸⁷ Spezialitätenliste

Art. 64¹⁸⁸ Veröffentlichung

Das BAG veröffentlicht die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG) in elektronischer Form.

Art. 64a¹⁸⁹ Begriffe

¹ Als Originalpräparat gilt ein vom Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic (Institut) als erstes mit einem bestimmten Wirkstoff zugelassenes Arzneimittel, einschliesslich aller zum gleichen Zeitpunkt oder später zugelassenen Darreichungsformen.

² Als Generikum gilt ein vom Institut zugelassenes Arzneimittel, das im wesentlichen gleich ist wie ein Originalpräparat und das mit diesem aufgrund identischer Wirkstoffe sowie seiner Darreichungsform und Dosierung austauschbar ist.

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

Art. 65¹⁹⁰ Allgemeine Aufnahmebedingungen

¹ Ein Arzneimittel kann in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, wenn es über eine gültige Zulassung des Instituts verfügt.

² Arzneimittel, für die Publikumswerbung nach Artikel 2 Buchstabe b der Arzneimittel-Werbeverordnung vom 17. Oktober 2001¹⁹¹ betrieben wird, werden nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen.

³ Arzneimittel müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

⁴ Die Inhaberinnen der Zulassungen für Originalpräparate müssen dem BAG die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdatum mit dem Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste angeben.

⁵ Das BAG kann die Aufnahme mit Bedingungen und Auflagen verbinden.

Art. 65a¹⁹² Beurteilung der Wirksamkeit

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

¹⁸⁷ Ursprünglich 3. Abschn.

¹⁸⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6837).

¹⁸⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

¹⁹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

¹⁹¹ SR 812.212.5

¹⁹² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

Art. 65b¹⁹³ Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Allgemeinen

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

² Die Wirtschaftlichkeit wird aufgrund des Vergleichs mit anderen Arzneimitteln und der Preisgestaltung im Ausland beurteilt.

³ Der Auslandspreisvergleich erfolgt summarisch, wenn er mangels Zulassung in den Vergleichsländern zum Zeitpunkt des Gesuchs um Aufnahme nicht oder nur unvollständig vorgenommen werden kann.

⁴ Die Kosten für Forschung und Entwicklung sind bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Originalpräparates angemessen zu berücksichtigen. Zur Abgeltung dieser Kosten wird im Preis ein Innovationszuschlag berücksichtigt, wenn das Arzneimittel in der medizinischen Behandlung einen Fortschritt bedeutet.

Art. 65c¹⁹⁴ Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei Generika

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

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

- a. mindestens 10 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 4 Millionen Franken nicht übersteigt;
- b. mindestens 20 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 4 Millionen und 8 Millionen Franken liegt;
- c. mindestens 40 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 8 Millionen und 16 Millionen Franken liegt;
- d. mindestens 50 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr zwischen 16 Millionen und 25 Millionen Franken liegt;
- e. mindestens 60 Prozent tiefer ist, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel während vier

¹⁹³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

¹⁹⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

Jahren vor Patentablauf im Durchschnitt pro Jahr 25 Millionen Franken übersteigt.¹⁹⁵

³ Massgebend für die Berechnung des Fabrikabgabepreises des Generikums ist das ausländische Durchschnittspreisniveau zum Zeitpunkt des Patentablaufs des Originalpräparates in der Schweiz gemessen an dessen meistverkauften Packung.

⁴ Das Schweizer Marktvolumen pro Jahr nach Absatz 2 bemisst sich auf der Basis des Fabrikabgabepreises des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und muss sämtliche Handelsformen desselben Wirkstoffes umfassen. Das Gesuch um Aufnahme eines Generikums in die Spezialitätenliste muss das Schweizer Marktvolumen gestützt auf Umsatzerhebungen eines unabhängigen Institutes enthalten.

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

Art. 65d¹⁹⁶ Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre

¹ Das BAG überprüft sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, alle drei Jahre daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen.

^{1bis} Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wird der Vergleich mit anderen Arzneimitteln nur durchgeführt, wenn:

- a. der Vergleich mit der Preisgestaltung im Ausland nicht möglich ist; oder
- b. seit der letzten Überprüfung der Aufnahmebedingungen eine Preissenkung nach Artikel 65f Absatz 2 erster Satz vorgenommen wurde.¹⁹⁷

^{1ter} Das Departement kann beim Auslandspreisvergleich eine Toleranzmarge vorsehen, mit der Wechselkursschwankungen berücksichtigt werden.¹⁹⁸

² Ergibt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit aufgrund der umsatzstärksten Packung, dass der geltende Höchstpreis zu hoch ist, so verfügt das BAG auf den 1. November des Überprüfungsjahres eine angemessene Preissenkung.

³ Die Inhaberinnen der Zulassungen haben dem BAG alle notwendigen Unterlagen zuzustellen. Das Departement erlässt zum Verfahren der Überprüfung nähere Vorschriften.

¹⁹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 653).

¹⁹⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

¹⁹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 21. März 2012 (AS 2012 1767). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS 2013 1353).

¹⁹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 21. März 2012, in Kraft seit 1. Mai 2012 (AS 2012 1767).

Art. 65e¹⁹⁹ Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf

¹ Das BAG überprüft Originalpräparate unmittelbar nach Ablauf des Patentschutzes daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Verfahrenspatente werden bei der Überprüfung nicht berücksichtigt.

² Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit werden die Kosten für Forschung und Entwicklung nicht mehr berücksichtigt.

³ Ergibt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, dass der geltende Höchstpreis zu hoch ist, so verfügt das BAG eine Preissenkung.

Art. 65f²⁰⁰ Indikationserweiterung und Limitierungsänderung

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

² Das Originalpräparat gilt bis zur Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 65d als wirtschaftlich, wenn die Zulassungsinhaberin beantragt, auf 35 Prozent des voraussichtlichen Mehrumsatzes zu verzichten; der Verzicht wird über eine Senkung des Fabrikabgabepreises umgesetzt. Ausgenommen sind Originalpräparate, deren voraussichtliche Mengenausweitung an Anzahl Packungen mehr als 100 mal höher ist als vor der Aufnahme der neuen Indikation oder deren voraussichtlicher Mehrumsatz aufgrund fehlender Angaben nicht bestimmbar ist.

³ Nach Ablauf von zwei Jahren prüft das BAG, ob der voraussichtliche Mehrumsatz gemäss Absatz 2 mit dem tatsächlichen Mehrumsatz übereinstimmt. Das BAG kann die Zulassungsinhaberin zur Rückerstattung der erzielten Mehreinnahmen an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Gesetzes verpflichten.

⁴ Erteilt das Institut die Zulassung für eine neue Indikation, dessen Originalpräparat in der Spezialitätenliste aufgeführt ist, hat die Zulassungsinhaberin dies dem BAG innert 90 Tagen mitzuteilen. Das BAG kann eine angemessene Nachfrist setzen.

Art. 66²⁰¹ Unabhängigkeit der Preisüberprüfungen

Die Preisüberprüfungen nach den Artikeln 65a–65f werden unabhängig voneinander durchgeführt.

¹⁹⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

²⁰⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS 2013 1353).
Siehe auch die UeB der Änd. 8. Mai 2013 am Schluss des Textes.

²⁰¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS 2013 1353).

Art. 66a²⁰²**Art. 66b**²⁰³ Co-Marketing-Arzneimittel

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

Art. 67²⁰⁴ Preise

¹ Die Spezialitätenliste enthält die bei Abgabe durch Apothekerinnen und Apotheker, Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler und Pflegeheime massgebenden Höchstpreise.²⁰⁵

^{1bis} Der Höchstpreis besteht aus dem Fabrikabgabepreis und dem Vertriebsanteil.²⁰⁶

^{1ter} Der Fabrikabgabepreis gilt die Leistungen, Abgaben inbegriffen, der Herstellungs- und der Vertriebsfirma bis zur Ausgabe ab Lager in der Schweiz ab.²⁰⁷

^{1quater} Der Vertriebsanteil gilt die logistischen Leistungen ab. Er setzt sich wie folgt zusammen:

- a. für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung des Instituts verschreibungspflichtig sind, aus:
 1. einem im Verhältnis zur Höhe des Fabrikabgabepreises bemessenen Zuschlag (preisbezogener Zuschlag), namentlich für Kapitalkosten, Lagerhaltung und ausstehende Guthaben,
 2. einem Zuschlag je Packung, namentlich für Transport-, Infrastruktur- und Personalkosten;
- b. für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung des Instituts nicht verschreibungspflichtig sind, aus einem preisbezogenen Zuschlag.²⁰⁸

² Für die Erhöhung der in der Spezialitätenliste festgesetzten Preise bedarf es einer Bewilligung des BAG. Die Bewilligung kann nur erteilt werden, wenn:

- a. das Arzneimittel die Aufnahmebedingungen noch erfüllt;

²⁰² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, mit Wirkung seit 1. Juni 2013 (AS 2013 1353).

²⁰³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS 2013 1353).

²⁰⁴ Siehe die SchlB der Änd. vom 2. Okt. 2000 am Ende dieser Verordnung.

²⁰⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2835).

²⁰⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2835).

²⁰⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2835).

²⁰⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000 (AS 2000 2835). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieser Verordnung.

- b. seit der Aufnahme oder der letzten Preiserhöhung mindestens zwei Jahre verstrichen sind.

2bis ...209

^{2ter} Übersteigt der bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste dem verfügten Höchstpreis zugrunde gelegte Fabrikabgabepreis den bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ermittelten Fabrikabgabepreis um mehr als 3 Prozent und betragen die dadurch erzielten Mehreinnahmen mindestens 20 000 Franken, so kann das BAG den Inhaberinnen der Zulassung für ein Arzneimittel zur Rückerstattung der seit der Aufnahme erzielten Mehreinnahmen an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Gesetzes verpflichten.²¹⁰

3 ...211

4 ...212

Art. 68 Streichung

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

- a. es nicht mehr alle Aufnahmebedingungen erfüllt;
- b. der in der jeweils geltenden Liste enthaltene Preis ohne Zustimmung des BAG erhöht wird;
- c.²¹³ die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat die gemäss Artikel 65 Absatz 5 verfügten Auflagen und Bedingungen nicht erfüllt;
- d.²¹⁴ die Inhaberin der Zulassung des Arzneimittels direkt oder indirekt Publikumswerbung dafür betreibt;
- e.²¹⁵ die Gebühren oder Kosten nach Artikel 71 nicht rechtzeitig entrichtet werden;
- f.²¹⁶ die Zulassungsinhaberin sich nach Aufforderung des BAG weigert, ihrer Meldepflicht gemäss Artikel 65f Absatz 4 nachzukommen;
- g.²¹⁷ die Zulassungsinhaberin sich weigert, erzielte Mehreinnahmen nach Artikel 67 Absatz 2^{ter} einzuzahlen.

²⁰⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

²¹⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²¹¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

²¹² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996 (AS **1996** 3139). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2835).

²¹³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

²¹⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²¹⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 2129).

²¹⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS **2013** 1353).

²¹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS **2013** 1353).

² Streichungen werden drei Monate nach ihrer Veröffentlichung im Bulletin des BAG (Art. 72 Bst. a) wirksam. Beim Vorliegen besonderer Gründe werden sie mit der Veröffentlichung wirksam.²¹⁸

Art. 69²¹⁹ Gesuche

¹ Das Gesuch um Aufnahme eines verwendungsfertigen Arzneimittels in die Spezialitätenliste ist beim BAG einzureichen.

² Für jede Änderung eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels oder seines Preises ist ein neues Gesuch einzureichen. Bei Änderung in der Zusammensetzung der Wirkstoffe ist dem Gesuch die geänderte Zulassung des Instituts beizulegen.²²⁰

³ Aus den Unterlagen, die dem Gesuch beigelegt sind, muss hervorgehen, dass die Aufnahmebedingungen erfüllt sind.

⁴ Das Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste kann eingereicht werden, wenn die vom Institut im Rahmen der Voranzeige nach Artikel 6 der Arzneimittelverordnung vom 17. Oktober 2001²²¹ bestätigten Angaben zur Indikation und zur Dosierung vorliegen. Das BAG tritt auf das Gesuch ein, sobald ihm die dazu gehörende Dokumentation vollständig vorliegt.²²²

Art. 69a²²³

Art. 70²²⁴ Aufnahme ohne Gesuche

Das BAG kann ein vom Institut zugelassenes Arzneimittel, das für die medizinische Behandlung von grosser Bedeutung ist, auch ohne Antrag des Herstellers oder Importeurs oder gegen dessen Antrag in die Spezialitätenliste aufnehmen oder darin belassen. Es legt dabei die Höhe der Vergütung fest, die der Versicherer zu übernehmen hat.

Art. 70a²²⁵ Nähere Vorschriften

Das Departement erlässt nähere Vorschriften:

- a. zum Verfahren der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste;

²¹⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS **1998** 1818).

²¹⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Juni 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 2129).

²²⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²²¹ SR **812.212.21**

²²² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²²³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Juni 2002 (AS **2002** 2129). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

²²⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²²⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4245).

- b. über die Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitskriterien;
- c. zum Verfahren der Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach den Artikeln 65*d* und 65*e*.

Art. 71²²⁶ Gebühren

¹ Für Verfügungen über Gesuche um Eintragung in die Spezialitätenliste und für die einzelnen Einträge werden Gebühren erhoben. Die Ansätze für die Gebühren sind im Anhang 1 festgelegt.

² Ausserordentliche Auslagen, namentlich Auslagen für externe medizinische oder ökonomische Expertisen, können zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Der Stundenansatz beträgt 200 Franken.

³ Für ausserordentliche Aufwendungen kann das BAG nach Massgabe des Zeitaufwandes Gebühren erheben. Der Stundenansatz beträgt je nach erforderlicher Sachkenntnis 100–250 Franken.

⁴ Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004²²⁷.

Art. 71a²²⁸ Übernahme der Kosten eines Arzneimittels der Spezialitätenliste ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels für eine Anwendung ausserhalb der vom Institut genehmigten Fachinformation oder ausserhalb der in der Spezialitätenliste festgelegten Limitierung nach Artikel 73, wenn:

- a. der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht; oder
- b. vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist.

² Sie übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

³ Die zu übernehmenden Kosten müssen in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen. Der Versicherer bestimmt die Höhe der Vergütung. Der in der Spezialitätenliste aufgeführte Preis gilt als Höchstpreis.

²²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 1353).
²²⁷ SR 172.041.1

²²⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. März 2011 (AS 2011 653).

Art. 71b²²⁹ Übernahme der Kosten eines nicht in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines vom Institut zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen ist, für eine Anwendung innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 71a Absatz 1 Buchstabe a oder b erfüllt sind.

² Sie übernimmt die Kosten eines vom Institut nicht zugelassenen Arzneimittels, das nach dem Heilmittelgesetz eingeführt werden darf, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 71a Absatz 1 Buchstabe a oder b erfüllt sind und das Arzneimittel von einem Land mit einem vom Institut als gleichwertig anerkannten Zulassungssystem für die entsprechende Indikation zugelassen ist.

³ Sie übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

⁴ Die zu übernehmenden Kosten müssen in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen. Der Versicherer bestimmt die Höhe der Vergütung.

5. Abschnitt:²³⁰

Gemeinsame Bestimmungen für die Analysenliste, die Arzneimittelliste mit Tarif und die Spezialitätenliste²³¹

Art. 72 Veröffentlichungen im Bulletin des BAG²³²

Im Bulletin des BAG werden veröffentlicht:²³³

- a. Streichungen aus der Spezialitätenliste;
- b.²³⁴ andere Änderungen der Spezialitätenliste;
- c. Änderungen der Arzneimittelliste mit Tarif, die keine Neuauflage dieser Liste erfordern;
- d.²³⁵ Änderungen der Analysenliste, die ausserhalb der jährlichen Publikationen wirksam werden;

²²⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. März 2011 (AS 2011 653).

²³⁰ Ursprünglich 4. Abschn.

²³¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

²³² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

²³³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Aug. 1998 (AS 1998 1818).

²³⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Okt. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2835).

²³⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 3249).

e.²³⁶ Änderungen der Mittel- und Gegenständeliste (Art. 33 Bst. e), die ausserhalb der jährlichen Publikationen wirksam werden.

Art. 73 Limitierungen

Die Aufnahme in eine Liste kann unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen.

Art. 74 Gesuche und Vorschläge

Das BAG kann, nach Anhören der zuständigen Kommission, Weisungen über die Form, den Inhalt und die Einreichungsfrist von Gesuchen betreffend die Spezialitätenliste und Vorschläge betreffend die Analysenliste oder die Arzneimittelliste mit Tarif erlassen.

Art. 75²³⁷ Nähere Vorschriften

Das Departement erlässt, nach Anhören der zuständigen Kommissionen, nähere Vorschriften über die Erstellung der Listen.

4. Kapitel: Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Art. 76 Angaben über die erbrachten Leistungen

Die Versicherer können gemeinsam Angaben über Art und Umfang der von den verschiedenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen und die dafür in Rechnung gestellten Vergütungen bearbeiten, dies ausschliesslich zu folgenden Zwecken:

- a. Analyse der Kosten und deren Entwicklung;
- b. Kontrolle und Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen im Sinne von Artikel 56 des Gesetzes;
- c. Gestaltung von Tarifverträgen.

Art. 77 Qualitätssicherung

¹ Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein aner-

²³⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

²³⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4245).

kannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

² Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

³ In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.

⁴ Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.

5. Titel: Finanzierung

1. Kapitel: Reserven, Rechnungslegung und Revision²³⁸

1. Abschnitt:²³⁹ Reserven

Art. 78 Bestimmung der Reserven

¹ Die Reserven bestimmen sich aus der Differenz der Aktiven und dem Wert der Verpflichtungen.

² Die Aktiven sind marktnah zu bewerten. Der marktnahe Wert der Aktiven ist der Marktwert oder, wo ein solcher nicht verfügbar ist, der Marktwert eines vergleichbaren Aktivums oder ein Wert nach Massgabe einer Modellrechnung.

³ Der Wert der Verpflichtungen ist so zu schätzen, dass er dem tatsächlichen Wert möglichst genau entspricht.

⁴ Bei der Bestimmung der Aktiven und des Werts der Verpflichtungen werden die Bilanzpositionen des Versicherungsgeschäftes nach dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908²⁴⁰ nicht berücksichtigt.²⁴¹

⁵ Das Departement kann die Einzelheiten der Bewertung der Aktiven und der Verpflichtungen festlegen.

Art. 78a²⁴² Mindesthöhe der Reserven

¹ Die Reserven müssen mindestens so hoch sein, dass der Durchschnitt der am Jahresende möglichen Reservebestände, die unter dem Schwellenwert liegen, null ist. Der Schwellenwert ist derjenige Wert, den die Reserven im Laufe eines Jahres mit einer Wahrscheinlichkeit von 99 Prozent überschreiten.

²³⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449).

²³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes. SR 221.229.1

²⁴¹ Siehe auch die UeB Änd. 22.6.2011 am Schluss dieses Textes.

²⁴² Siehe auch die UeB Änd. 22.6.2011 am Schluss dieses Textes.

² Das Departement legt ein Modell zur Ermittlung der Mindesthöhe der Reserven fest. Dieses umfasst:

- a. die Quantifizierung der versicherungstechnischen Risiken, der Marktrisiken und der Kreditrisiken;
- b. die Auswertung von Szenarien im Bereich der versicherungstechnischen Risiken, der Marktrisiken und der Kreditrisiken;
- c. ein Aggregationsverfahren, das die Resultate der Quantifizierung der Risiken und die Auswertung der Szenarien unter Berücksichtigung des Diversifikationseffekts vereinigt.

Art. 78b Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung

¹ Die Versicherer ermitteln zu Beginn jedes Kalenderjahrs die vorhandenen Reserven und die Mindesthöhe der Reserven.

² Ändert sich im Laufe des Jahres die Risikosituation eines Versicherers erheblich, so sind die vorhandenen Reserven und die Mindesthöhe der Reserven auch unterjährig näherungsweise zu ermitteln und dem BAG mitzuteilen.

³ Der Versicherer legt in seinem Gesuch um Prämien genehmigung eine Schätzung der möglichen vorhandenen Reservebestände per Ende des laufenden Jahres und eine Prognose der Mindesthöhe der Reserven für das folgende Kalenderjahr bei. Die Prognose umfasst mehrere Varianten und damit verbundene Eintrittswahrscheinlichkeiten, die dem individuellen Risiko von Bestandesänderungen Rechnung tragen.

Art. 78c Berichterstattung

¹ Die Versicherer verfassen jährlich einen Bericht über die Berechnung der vorhandenen Reserven und der Mindesthöhe der Reserven.

² Der Bericht muss alle Informationen enthalten, die zum Verständnis der Berechnung der vorhandenen Reserven und der Mindesthöhe der Reserven sowie zur Risikosituation des Versicherers notwendig sind.

³ Er ist von der Geschäftsleitung zu unterzeichnen und dem BAG einzureichen. Das Departement legt den Zeitpunkt der Einreichung fest.

Art. 79

Aufgehoben

2. Abschnitt:²⁴³ Anlage des Vermögens

Art. 80 Geltungsbereich

¹ Dieser Abschnitt gilt für das Vermögen der Versicherer.

² Als Vermögen der Versicherer gelten deren Kapitalanlagen, einschliesslich der Immobilien, und deren den Kapitalanlagen zugeordnete flüssige Mittel. Nicht als Vermögen gelten die Werte des Versicherungsgeschäftes nach dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908²⁴⁴.

Art. 80a Anlagegrundsätze

¹ Der Versicherer muss sein Vermögen sorgfältig anlegen, verwalten und überwachen.

² Er achtet auf die Sicherheit und Nachhaltigkeit, gewährleistet die erforderliche Liquidität und verteilt das Risiko bezüglich Anlagekategorien, Regionen, Wirtschaftszweigen sowie Schuldnerinnen und Schuldnern angemessen.

³ Er definiert eine auf seine Risikofähigkeit zugeschnittene Anlagestrategie, überprüft diese periodisch und passt sie bei Bedarf an.

⁴ Er strebt einen dem Geld-, Kapital- und Immobilienmarkt angemessenen Ertrag an.

⁵ Er verfügt über das seiner Anlagestrategie entsprechende Fachwissen und wendet die erforderlichen Abläufe an, um die Risiken seiner Anlagen jederzeit einschätzen zu können.

⁶ Er stellt sicher, dass die Anlagen einfach zu bewerten sind und die Schuldnerbonität gut und überprüfbar ist.

Art. 80b Anforderungen an die Vermögensverwaltung

¹ Der Versicherer darf nur Personen und Einrichtungen mit der Anlage und Verwaltung seines Vermögens betrauen, die dazu befähigt und so organisiert sind, dass sie für die Einhaltung der Vorschriften dieses Abschnitts Gewähr bieten.

² Er stellt sicher, dass sein Vermögen durch unterschiedliche, voneinander unabhängige Personen verwaltet und überwacht wird.

³ Er regelt einen allfälligen Auftrag an Dritte, Vermögen anzulegen oder zu verwalten, in einem schriftlichen Vertrag und bringt diesen dem BAG zur Kenntnis.

⁴ Er verwahrt das Vermögen in der Schweiz.

Art. 80c Anlagereglement

¹ Der Versicherer erlässt ein Anlagereglement.

² Das Anlagereglement:

²⁴³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011

(AS 2010 6155). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

²⁴⁴ SR 221.229.1

- a. legt die Ziele und Grundsätze, die Organisation und die Prozesse der Vermögensverwaltung und deren Überwachung fest;
- b. enthält Vorschriften, mit denen Interessenkonflikte vermieden werden können, namentlich über die Zulässigkeit der Weitergabe von Bankkommissionen und die Zulässigkeit von Eigengeschäften;
- c. regelt die Offenlegungspflichten der mit der Anlage des Vermögens betrauten Personen;
- d. legt eine minimale Schuldnerbonität fest.

³ Das Anlagereglement und seine Änderungen sind dem BAG zur Kenntnis zu bringen.

Art. 80d Zulässige Anlagen

¹ Folgende Anlagen sind zulässig:

- a. Bargeld, Post- und Bankguthaben auf Sicht und auf Zeit sowie Festgelder und Geldmarktanlagen;
- b. andere Forderungen, die auf einen festen Geldbetrag lauten, als diejenigen nach Buchstabe a, namentlich Anleihsobligationen, Optionsanleihen, Wandelanleihen und Pfandbriefe;
- c. sofern an einer Börse oder an einem anderen geregelten, dem Publikum offenen stehenden Markt gehandelt und kurzfristig veräusserbar, Aktien, Partizipations- und Genussscheine, Anteilscheine von Genossenschaften und andere Kapitalbeteiligungen;
- d. Wohn- und Geschäftsliegenschaften im Allein- oder Miteigentum, einschliesslich selbstgenutzter Verwaltungsraum, mit Ausnahme von Hypothekarkrediten;
- e. Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen.

² Nicht zulässig sind Anlagen, bei denen dem Schuldner oder der Schuldnerin ein Pfand-, Zurückbehaltungs-, Verrechnungs- oder ein vergleichbares Recht zukommt.

³ Anlagen nach Absatz 1 Buchstabe e sind dem BAG zur Genehmigung zu unterbreiten.

Art. 80e Begrenzungen der Anlagen

¹ Die Anforderungen nach den Artikeln 80e–80i sind jederzeit einzuhalten.

² Je Schuldnerin oder Schuldner sind die Anlagen auf 5 Prozent des Vermögens begrenzt. Anlagen nach Artikel 80d Absatz 1 Buchstabe a sind auf 20 Prozent des Vermögens je Schuldnerin oder Schuldner begrenzt, wenn eine Bank nach dem Bankengesetz vom 8. November 1934²⁴⁵ oder die Post nach dem Postgesetz vom

30. April 1997²⁴⁶ Schuldnerin ist. Diese Begrenzungen gelten nicht für Forderungen gegenüber der Eidgenossenschaft, den Kantonen und schweizerischen Pfandbriefinstituten.

³ Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe c sind auf 25 Prozent des Vermögens begrenzt.

⁴ Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe d sind auf 25 Prozent des Vermögens begrenzt, wobei:

- a. höchstens 5 Prozent des Vermögens im Ausland angelegt werden dürfen;
- b. je Objekt höchstens 5 Prozent des Vermögens angelegt werden dürfen, soweit der Versicherer das Objekt nicht selber nutzt.

⁵ Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 Buchstabe e sind auf 2 Prozent des Vermögens begrenzt.

⁶ Die Begrenzungen nach den Absätzen 2–5 können überschritten werden für Anlagen, die mit derivativen Finanzinstrumenten nach Artikel 80*h* effektiv abgesichert sind.

⁷ Das BAG kann Weisungen zur Berechnung der Begrenzungen erlassen.

Art. 80*f* Anlagen in Fremdwährungen

Anlagen in Fremdwährungen sind auf 20 Prozent des Vermögens begrenzt, es sei denn, sie sind mit derivativen Finanzinstrumenten nach Artikel 80*h* gegenüber Währungsrisiken effektiv abgesichert.

Art. 80*g* Kollektive Anlagen

¹ Die Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 können über schweizerische und ausländische kollektive Anlagen im Sinne der Artikel 8, 9 und 119 Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006²⁴⁷ über die kollektiven Kapitalanlagen erfolgen.

² Jede kollektive Anlage:

- a. muss von der FINMA genehmigt und zum Vertrieb in der Schweiz zugelassen sein;
- b. darf nur Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 enthalten;
- c. muss ihre Organisationsform bezüglich Anlagerichtlinien, Kompetenzregelung, Anteilsermittlung sowie Kauf und Rücknahme der Anteile so regeln, dass die Interessen der daran beteiligten Versicherer in nachvollziehbarer Weise gewahrt sind.

³ Für die Einhaltung der Begrenzungen sind die in den kollektiven Anlagen enthaltenen Anlagen und Fremdwährungen mit einzurechnen. Enthält eine kollektive Anlage verschiedene Kategorien von Anlagen nach Artikel 80*d* Absatz 1 oder verschiedene Währungen, so werden diese anteilmässig auf die Anlagekategorien oder

²⁴⁶ SR 783.0

²⁴⁷ SR 951.31

die Währungen aufgeteilt, wenn die Anteile nachweisbar sind. Sind die Anteile nicht nachweisbar, so wird die kollektive Anlage gesamthaft derjenigen Anlage mit der stärksten Begrenzung zugeordnet.

⁴ Kollektive Anlagen sind auf 5 Prozent des Vermögens je Anlage begrenzt. Ausgenommen von dieser Begrenzung sind kollektive Anlagen, sofern:

- a. deren Anlagen nachweisbar angemessen diversifiziert sind; und
- b. deren Vermögenswerte im Konkursfall der kollektiven Anlage oder deren Depotbank zugunsten der Anlegerinnen und Anleger ausgedeutert werden können.

Art. 80h Derivative Finanzinstrumente

¹ Derivative Finanzinstrumente sind zulässig, wenn sie folgende Bedingungen erfüllen:

- a. Sie dienen ausschliesslich der Absicherung des Vermögens.
- b. Sie wirken nicht als Hebel auf das Vermögen.
- c. Die Basiswerte sind nach Artikel 80d zulässig, im Vermögen vorhanden und vollziehen die abgesicherten Schwankungen des Marktes nach.

² Beim Einsatz von derivativen Finanzinstrumenten sind deren Handelbarkeit und die Bonität der Gegenpartei zu beachten.

Art. 80i Ausschluss der Effektenleihe

Die Effektenleihe (Art. 75 Abs. 2 der Aufsichtsverordnung vom 9. Nov. 2005²⁴⁸) sowie der Verkauf von Wertschriften mit der Verpflichtung, die gleiche Menge und Gattung an Wertschriften später wieder zurückzukaufen, sind unzulässig.

3. Abschnitt: Rechnungslegung

Art. 81 Grundsätze

¹ Die Versicherer führen für die soziale Krankenversicherung eine gesonderte Rechnung. Aufwand und Ertrag sind getrennt auszuweisen für:

- a. die obligatorische ordentliche Krankenpflegeversicherung;
- b. jede besondere Versicherungsform nach Artikel 62 des Gesetzes;
- c. die Taggeldversicherung.

² Versicherer, die eine gesonderte Rechnung für die kollektive Taggeldversicherung (Art. 75 Abs. 2 KVG) führen, richten ihr Rechnungswesen so ein, dass sie die jährlichen Betriebsergebnisse jedes Kollektivvertrages ausweisen können.

³ Das BAG kann zur Rechnungsführung Weisungen erteilen. Fehlen Weisungen, so sind die Artikel 662a und 957–963 OR²⁴⁹ anwendbar.

Art. 82 Kontenplan und Regeln für die Rechnungsführung

Für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung erarbeiten die Versicherer gemeinsam einen einheitlichen Kontenplan und einheitliche Regeln für die Rechnungsführung und reichen sie dem BAG zur Genehmigung ein. Mit der Genehmigung werden diese Grundlagen für alle Versicherer verbindlich. Können sich die Versicherer nicht einigen, erlässt das Departement im Einvernehmen mit dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement die entsprechenden Richtlinien.

Art. 83 Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle

¹ Jeder Versicherer hat Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle zu bilden:

- a. für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- b. für die Taggeldversicherung.

² Die Versicherer berichtigen in der laufenden Rechnung die bilanzierten Rückstellungen, wenn diese nicht mit dem tatsächlichen, aufgrund der Vorjahreskosten berechneten Bedarf übereinstimmen.

Art. 84 Verwaltungskosten

¹ Die Verwaltungskosten der Krankenversicherung müssen unter den folgenden Bereichen verteilt werden:

- a. Obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- b. Taggeldversicherung;
- c. Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten.

² Diese Verteilung erfolgt entsprechend dem tatsächlichen Aufwand.

Art. 85 Mitteilungen an das BAG

¹ Die Versicherer haben dem BAG bis zum 31. März des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres die Bilanz, die Betriebsrechnung und einen Bericht zum abgeschlossenen Geschäftsjahr einzureichen. Der Beschluss des zuständigen Organs des Versicherers über die Genehmigung der Rechnung kann spätestens bis zum 30. Juni nachgereicht werden.²⁵⁰

² Die Versicherer haben dem BAG bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres ein Budget für das folgende Geschäftsjahr einzureichen.

³ Die Bilanz, die Betriebsrechnungen und das Budget sind auf den vom BAG erstellten Formularen einzureichen.

²⁴⁹ SR 220

²⁵⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3573).

Art. 85a²⁵¹ Veröffentlichung

¹ Die Versicherer veröffentlichen den Geschäftsbericht und reichen ihn dem BAG jedes Jahr bis zum 30. Juni ein. Sie stellen ihn allen interessierten Personen zur Verfügung.

² Der Geschäftsbericht muss die Eckdaten nach Versicherungszweig und die Kennzahlen nach Artikel 31 Absatz 2 enthalten. Das BAG kann weitere Anforderungen an den Inhalt des Geschäftsberichts festlegen.

³ Eine Konzernrechnung wird in den Fällen erstellt, die in den Bestimmungen des OR²⁵² über die Aktiengesellschaften vorgesehen sind.

4. Abschnitt: Revision**Art. 86**²⁵³ Revisionsstelle

¹ Jeder Versicherer bezeichnet eine externe Revisionsstelle.

² Soweit für Versicherer keine besonderen Vorschriften bestehen, sind die Vorschriften des OR²⁵⁴ über die Revisionsstelle bei Aktiengesellschaften entsprechend anwendbar.

³ Als Revisionsstelle können tätig sein:

- a. natürliche Personen und Revisionsunternehmen, die als Revisionsexpertinnen oder Revisionsexperten im Sinne des Revisionsaufsichtsgesetzes vom 16. Dezember 2005²⁵⁵ zugelassen sind;
- b. bei Krankenkassen des öffentlichen Rechts: Finanzkontrollen der öffentlichen Hand, die über eine Zulassung nach Buchstabe a verfügen.

⁴ Die Verantwortlichkeit der Revisionsstelle richtet sich nach den Vorschriften des Aktienrechts (Art. 755 ff. OR).

⁵ Hat ein Versicherer trotz Mahnung keine Revisionsstelle bezeichnet, so weist ihm das BAG eine solche zu.

⁶ Genügt eine Revisionsstelle den Anforderungen nach den Absätzen 1–3 nicht mehr oder erfüllt sie ihre Aufgaben unvollständig oder gar nicht, so muss der Versicherer eine andere bezeichnen.

⁷ Das BAG kann den Versicherern für den der Revisionsstelle zu erteilenden Revisionsauftrag Weisungen erteilen.

²⁵¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003 (AS 2003 3249). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5639).

²⁵² SR 220

²⁵³ Fassung gemäss Anhang Ziff. II 8 der Revisionsaufsichtsverordnung vom 22. Aug. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3989).

²⁵⁴ SR 220

²⁵⁵ SR 221.302

Art. 87 Aufgaben der Revisionsstelle

¹ Die Revisionsstelle führt jährlich eine ordentliche Revision nach den Bestimmungen des OR²⁵⁶ und dieser Verordnung durch. Sie prüft überdies, ob die Geschäftsführung für die korrekte und ordnungsgemässe Geschäftsabwicklung Gewähr bietet, namentlich ob sie zweckmässig organisiert ist und die gesetzlichen und internen Bestimmungen einhält. Das BAG kann im Einzelfall weitere Prüfpunkte festlegen.²⁵⁷

² Die Revisionsstelle kann vor Ort unangemeldete Zwischenrevisionen durchführen, namentlich wenn Zweifel an der ordnungsgemässen Rechnungsführung und Verwaltung bestehen.

Art. 88 Berichte der Revisionsstelle

¹ Die Revisionsstelle erstellt über die jährliche Revision die Berichte nach den Bestimmungen des OR^{258, 259}

² Zwei vollständige und übereinstimmende Exemplare jedes Berichtes sind dem zuständigen Organ des Versicherers sowie dem BAG im Original einzureichen. Die Berichte über die jährliche Revision sind bis zum 31. Mai des folgenden Jahres und die Berichte über die Zwischenrevisionen innert drei Monaten seit der Durchführung der Kontrollen einzureichen.²⁶⁰

³ Stellt die Revisionsstelle wesentliche Mängel, Unregelmässigkeiten, Missstände oder andere Tatbestände fest, welche die finanzielle Sicherheit des Versicherers oder dessen Fähigkeit, seine Aufgaben zu erfüllen, in Frage stellen, so unterbreitet sie den Bericht unverzüglich dem leitenden Organ des Versicherers und dem BAG.

⁴ Das BAG kann Weisungen über Form und Inhalt der Berichte erlassen und Berichte an die Revisionsstelle zurückweisen, wenn sie den verlangten Erfordernissen nicht genügen.

2. Kapitel: Prämien der Versicherten**1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen****Art. 89** Angabe der Prämien

Der Versicherer hat gegenüber jeder versicherten Person klar zu unterscheiden zwischen den Prämien:

²⁵⁶ SR 220

²⁵⁷ Fassung gemäss Anhang Ziff. II 8 der Revisionsaufsichtsverordnung vom 22. Aug. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3989).

²⁵⁸ SR 220

²⁵⁹ Fassung gemäss Anhang Ziff. II 8 der Revisionsaufsichtsverordnung vom 22. Aug. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3989).

²⁶⁰ Fassung gemäss Anhang Ziff. II 8 der Revisionsaufsichtsverordnung vom 22. Aug. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3989).

- a.²⁶¹ der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wobei der Prämienanteil für den Einschluss des Unfallrisikos gesondert aufzuführen ist;
- b. der Taggeldversicherung;
- c. der Zusatzversicherungen;
- d. der weiteren Versicherungsarten.

Art. 90²⁶² Prämienbezahlung

Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen.

Art. 90a²⁶³ Vergütungszinsen

¹ Vergütungszinsen nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG werden ausgerichtet für nicht geschuldete Prämien, die vom Versicherer zurückerstattet oder verrechnet werden, sowie für vom Versicherer zu ersetzende Prämien Differenzen nach Artikel 7 Absätze 5 und 6 KVG, sofern die Forderung 3000 Franken übersteigt und vom Versicherer nicht innert sechs Monaten beglichen wird.

² Der Satz für den Vergütungszins beträgt 5 Prozent im Jahr. Für die Berechnung gelten die Vorschriften von Artikel 7 der Verordnung vom 11. September 2002²⁶⁴ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts sinngemäss.

Art. 90b²⁶⁵**Art. 90c²⁶⁶** Minimale Prämie

¹ Die Prämie der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 beträgt mindestens 50 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung für die Prämienregion und Altersgruppe des Versicherten.

² Die Prämienermässigungen für die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 sind so auszugestalten, dass die Prämienermässigung bei Sistierung der Unfalldeckung gewährt werden kann, ohne dass die minimale Prämie nach Absatz 1 unterschritten wird.

²⁶¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

²⁶² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

²⁶³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

²⁶⁴ SR 830.11

²⁶⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006 (AS 2006 1717). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 24. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Aug. 2009 (AS 2009 3525).

²⁶⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1717).

Art. 91 Abstufung der Prämien

¹ Nimmt der Versicherer Abstufungen nach Regionen nach Artikel 61 Absatz 2 des Gesetzes vor, so darf innerhalb des gleichen Kantons die Differenz für die Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfaldeckung höchstens betragen:

- a. 15 Prozent zwischen der Region 1 und der Region 2;
- b. 10 Prozent zwischen der Region 2 und der Region 3.²⁶⁷

² Für die in den Artikeln 4 und 5 bezeichneten Personen, die der schweizerischen Versicherung unterstehen, hat der Versicherer die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden regional nach ihrem Wohnort abzustufen. Ist dies angesichts der Anzahl der betroffenen Personen unverhältnismässig, kann der Versicherer bei diesen die schweizerischen Prämien am letzten Wohnort der Person in der Schweiz oder am Sitz des Versicherers anwenden.²⁶⁸

³ Die Abstufung nach Altersgruppen für Versicherte nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes erfolgt aufgrund der Geburtsjahre.

Art. 91a²⁶⁹ Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung

¹ ...²⁷⁰

² Die Versicherer müssen die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine obligatorische Versicherung nach dem UVG²⁷¹ abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfaldeckung reduzieren.²⁷²

³ Die Versicherer können die Prämien der Krankenpflegeversicherung derjenigen Personen, die eine freiwillige Versicherung oder eine Abredeversicherung nach dem UVG abgeschlossen haben, während der Dauer der Unfaldeckung reduzieren.²⁷³

⁴ Die Prämien dürfen nur um den Prämienanteil für die Unfaldeckung reduziert werden, höchstens aber um 7 Prozent.²⁷⁴

Art. 92 Prämientarife

¹ Die Versicherer haben die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie deren Änderungen dem BAG spätestens fünf Monate, bevor sie zur

²⁶⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²⁶⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

²⁶⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

²⁷⁰ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 138).

²⁷¹ SR **832.20**

²⁷² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²⁷³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²⁷⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

Anwendung gelangen, zur Genehmigung einzureichen. Diese Tarife dürfen erst angewandt werden, nachdem sie vom BAG genehmigt worden sind.

² Den Prämientarifen beizulegen sind auf einem vom BAG abgegebenen Formular:

- a. das Budget (Bilanz und Betriebsrechnung) des laufenden Geschäftsjahres;
- b. das Budget (Bilanz und Betriebsrechnung) des folgenden Geschäftsjahres.

³ Werden die Prämien kantonale oder regional abgestuft, so kann das BAG vom Versicherer periodisch eine Aufstellung über die durchschnittlichen Kosten der letzten Geschäftsjahre in den entsprechenden Kantonen oder Regionen einverlangen.

⁴ Bei besonderen Versicherungsformen nach Artikel 62 des Gesetzes sind die Prämien ebenfalls anzugeben und die entsprechenden Versicherungsbedingungen beizulegen.

⁵ Mit der Genehmigung der Prämientarife oder im Anschluss daran kann das BAG dem Versicherer Weisungen für die Festsetzung der Prämien der folgenden Geschäftsjahre erteilen.

1a. Abschnitt:²⁷⁵

Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen²⁷⁶

Art. 92a Prämienhebung

Wohnt die versicherte Person im Ausland, so erhebt der Versicherer die Prämien in Schweizer Franken oder in Euro. Der Versicherer kann die Prämien ohne Zustimmung der versicherten Person quartalsweise erheben.

Art. 92b Prämienberechnung

¹ Der Versicherer berechnet für die Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen, die Prämien je Staat.²⁷⁷

² Innerhalb eines der in Absatz 1 genannten Staaten kann er die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden regional abstufen; es können höchstens drei regionale Abstufungen gemacht werden. Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes ist anwendbar.²⁷⁸

³ Bei der Festlegung der Prämien berücksichtigt der Versicherer:

- a. die Kosten der Vergütung der Pauschalbeträge oder die effektiven Kosten für die Behandlungen im Wohnland;

²⁷⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

²⁷⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

²⁷⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

²⁷⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

- b. die effektiven Kosten für die Behandlungen in der Schweiz, in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein oder Norwegen, mit Ausnahme von Behandlungen im Wohnland, und für Behandlungen ausserhalb der Europäischen Union, Islands, Liechtensteins oder Norwegens;
- c. einen Zuschlag für die Bildung der Reserven nach den Artikeln 78–78b und von Rückstellungen nach Artikel 83 Absatz 1 sowie für die Deckung der Verwaltungskosten nach Artikel 84.²⁷⁹

⁴ Bei der Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen nach Absatz 3 Buchstabe a ist die Kostenentwicklung zwischen dem Jahr, für das die letzten verfügbaren Pauschalbeträge erstellt wurden, und dem Jahr, für das die Prämien erhoben werden, zu berücksichtigen.²⁸⁰

Art. 92c²⁸¹ Rechnungsführung

Die Versicherer führen nach Mitgliedstaat der Europäischen Union, nach Island und Norwegen getrennt Rechnung.

1b. Abschnitt:²⁸²

Prämien von nothilfeberechtigten Personen nach Artikel 82 AsylG²⁸³

Art. 92d

¹ Auf nothilfeberechtigte Personen nach Artikel 82 AsylG²⁸⁴ sind die Artikel 82a AsylG und 105a KVG sinngemäss anwendbar.

² Die Fälligkeit der Prämien einer nothilfeberechtigten Person wird auf Verlangen des Kantons auf den von diesem angegebenen Zeitpunkt sistiert.

³ Wird dem Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme gestellt und übernimmt der Kanton nicht selbst die Kosten der Leistungen, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, so sind die Prämien, deren Fälligkeit sistiert wurde, rückwirkend auf den Zeitpunkt der Sistierung geschuldet. Sie werden um einen Aufschlag von 25 Prozent erhöht, wobei dieser Aufschlag für höchstens zwölf Monatsprämien zu leisten ist.

⁴ Sobald die Prämien und der Aufschlag bezahlt sind, übernimmt der Versicherer die Kosten für sämtliche Leistungen, die während der Sistierungsperiode erbracht wurden.

²⁷⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

²⁸⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

²⁸¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

²⁸² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juli 2011, in Kraft seit 1. Aug. 2011 (AS 2011 3535). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

²⁸³ SR 142.31

²⁸⁴ SR 142.31

⁵ Auf Verlangen des Kantons wird nach Bezahlung der Prämien, der Kostenbeteiligung und des Aufschlags die Fälligkeit von späteren Prämien erneut sistiert.

⁶ Die versicherte Person kann den Versicherer nicht wechseln, solange die Prämien, die Kostenbeteiligung und der Aufschlag nicht bezahlt sind. Artikel 7 Absatz 4 KVG bleibt vorbehalten.

⁷ Die Sistierung der Fälligkeit der Prämien wird ohne rückwirkende Bezahlung der vorherigen Prämien ab dem ersten Tag des Monats aufgehoben, in dem eine versicherte Person:

- a. nach Artikel 83 AuG²⁸⁵ provisorisch aufgenommen wird,
- b. nach den Artikeln 66 ff. AsylG als schutzbedürftige Person oder nach Artikel 3 AsylG als Flüchtling anerkannt wird; oder
- c. eine Aufenthaltsbewilligung erhält.

⁸ Wird die Sistierung der Fälligkeit der Prämien nach Absatz 7 aufgehoben, so ist die Bezahlung der vorherigen Prämien geschuldet, wenn während der Sistierungsperiode Leistungen bezogen wurden. Sind diese Prämien beglichen, so darf die versicherte Person den Versicherer unter den Voraussetzungen von Artikel 7 KVG wechseln.

⁹ Die Versicherung endet fünf Jahre nach dem Zeitpunkt der Rechtskraft des Wegweisungsentscheids, sofern die betroffene Person die Schweiz wahrscheinlich verlassen hat.

2. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Art. 93 Versicherung mit wählbaren Franchisen

a. Wählbare Franchisen

¹ Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der Versicherte eine höhere Franchise als nach Artikel 103 Absatz 1 wählen können (wählbare Franchisen). Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene und junge Erwachsene 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Ein Versicherer kann für Erwachsene und junge Erwachsene unterschiedliche Franchisen anbieten. Die Angebote des Versicherers müssen für den ganzen Kanton gelten.²⁸⁶

² Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts entspricht jenem von Artikel 103 Absatz 2.

³ Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so darf ihre Kostenbeteiligung das Zweifache des Höchstbetrages je Kind (wählbare Franchise und Selbstbehalt nach Art. 103 Abs. 2) nicht übersteigen. Wurden für die Kin-

²⁸⁵ SR 142.20

²⁸⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Mai 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 3437).

der unterschiedliche Franchisen gewählt, so setzt der Versicherer die Höchstbeteiligung fest.

Art. 94 b. Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

¹ Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

² Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.²⁸⁷

³ Wechselt die versicherte Person den Versicherer auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes während des Kalenderjahres, so behält sie die beim bisherigen Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt. Artikel 103 Absatz 4 ist sinngemäss anwendbar.²⁸⁸

Art. 95 c. Prämien

¹ Die Prämien für die Versicherung mit wählbaren Franchisen müssen von denjenigen der ordentlichen Versicherung ausgehen. Die Versicherer haben dafür zu sorgen, dass die Versicherten beider Versicherungsformen im versicherungstechnisch erforderlichen Masse an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

^{1bis} Die Versicherer legen den Betrag, um den sie eine Prämie herabsetzen, aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse fest. Sie halten die in Absatz ^{2bis} und Artikel 90c vorgeschriebenen maximalen Prämienreduktionen ein.²⁸⁹

² ...²⁹⁰

^{2bis} Die Prämienreduktion je Kalenderjahr darf nicht höher sein als 70 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen.²⁹¹

³ ...²⁹²

²⁸⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).

²⁸⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS **2003** 3249).

²⁸⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000 (AS **2000** 889). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²⁹⁰ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 26. April 2006, mit Wirkung seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1717).

²⁹¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003 (AS **2003** 3249). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS **2009** 4245).

²⁹² Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 23. Febr. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 889).

Art. 96 Bonusversicherung
a. Grundsatz

¹ Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der eine Prämienermässigung gewährt wird, wenn die versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat (Bonusversicherung). Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention.

² Als Periode für die Feststellung, ob Leistungen in Anspruch genommen worden sind, gilt das Kalenderjahr. Die Versicherer können jedoch eine um höchstens drei Monate vorverlegte Beobachtungsperiode vorsehen. In diesem Fall verkürzt sich im ersten Jahr der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung die Beobachtungsperiode entsprechend.

³ Als Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Leistung gilt das Behandlungsdatum. Die Versicherer regeln, innert welcher Frist die Versicherten ihnen die Rechnungen einreichen müssen.

⁴ Die Bonusversicherung darf nicht in Verbindung mit einer wählbaren Franchise nach Artikel 93 angeboten werden.

Art. 97 b. Bei- und Austritt

¹ Die Bonusversicherung steht sämtlichen Versicherten offen. Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung zur Bonusversicherung ist nur auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.

² Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.²⁹³

³ Wechselt die versicherte Person den Versicherer auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes während des Kalenderjahres, so hat der übernehmende Versicherer die leistungsfreie Zeit in der Bonusversicherung des bisherigen Versicherers anzurechnen, sofern er die Bonusversicherung führt und die versicherte Person dieser beitrifft.²⁹⁴

Art. 98 c. Prämien

¹ Die Versicherer haben die Prämien der Bonusversicherung so festzusetzen, dass die Versicherten der ordentlichen Versicherung und der Bonusversicherung im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

² Die Ausgangsprämien der Bonusversicherung müssen 10 Prozent höher sein als die Prämien der ordentlichen Versicherung.

²⁹³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

²⁹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

³ In der Bonusversicherung gelten folgende Prämienstufen:

| Prämienstufen | Bonus in % der Ausgangsprämie |
|---------------|----------------------------------|
| 4 | 0 |
| 3 | 15 |
| 2 | 25 |
| 1 | 35 |
| 0 | 45 |

⁴ Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsttiefere Prämienstufe. Massgebend für die Prämienermässigung sind allein die leistungsfreien Jahre während der Zugehörigkeit zur Bonusversicherung.

⁵ Nehmen die Versicherten während des Kalenderjahres Leistungen in Anspruch, so gilt für sie im folgenden Kalenderjahr die nächsthöhere Prämienstufe.

Art. 99 Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer
a. Grundsatz

¹ Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist.

² Bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten.²⁹⁵

Art. 100 b. Bei- und Austritt

¹ Die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer stehen sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet offen, in dem der Versicherer die betreffende Versicherungsform betreibt.

² Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist jederzeit möglich.

³ Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.²⁹⁶

⁴ Der Wechsel des Versicherers während des Kalenderjahres auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes bleibt vorbehalten.²⁹⁷

²⁹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 17. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2272).

²⁹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

²⁹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Okt. 2003 (AS 2003 3249).

Art. 101 c. Prämien

¹ Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sind keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der Prämien hat der Versicherer die Verwaltungskosten und allfällige Rückversicherungsprämien einzurechnen und darauf zu achten, dass die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.

² Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein.

³ Liegen noch keine Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vor, dürfen die Prämien um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen.

⁴ Erbringt eine Institution, die der Durchführung einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer dient, ihre Leistungen für Versicherte von mehreren Versicherern, kann für die Versicherten eine einheitliche Prämie festgelegt werden.

Art. 101a²⁹⁸ Besondere Versicherungsformen für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen

Die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 stehen nicht offen für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen.

3. Abschnitt: Entschädigungen an Dritte**Art. 102**

¹ Die Entschädigung an Dritte nach Artikel 63 des Gesetzes darf die Kosten nicht übersteigen, die dem Versicherer für die dem Dritten übertragenen Aufgaben entstehen würden.

² Die Entschädigung zählt zu den Verwaltungskosten des Versicherers. Sie darf den Versicherten nicht als Prämienermässigung weitergegeben werden.

²⁹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS 2002 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

3. Kapitel: Kostenbeteiligung

Art. 103 Franchise und Selbstbehalt

¹ Die Franchise nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes beträgt 300 Franken je Kalenderjahr.²⁹⁹

² Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes beläuft sich auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder.³⁰⁰

³ Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

⁴ Bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahrs rechnet der neue Versicherer die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Wurden keine Franchise und kein Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter dem Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die Versicherten.

⁵ Die Versicherer können für Erwachsene, bei denen der Versicherungsschutz auf weniger als ein Kalenderjahr angelegt ist, eine Pauschale für Franchise und Selbstbehalt bei Inanspruchnahme von Leistungen erheben. Diese Pauschale beträgt 250 Franken innerhalb eines Zeitraumes von 90 Tagen. Sie darf nicht in Verbindung mit besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101a angeboten werden.³⁰¹

⁶ Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein oder Norwegen wohnen und die bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95a des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungshilfe haben, wird eine Pauschale für Franchise und Selbstbehalt erhoben. Die Pauschale beträgt für Erwachsene 92 Franken und für Kinder 33 Franken innerhalb eines Zeitraumes von 30 Tagen.³⁰²

⁷ Für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen und in der Schweiz versichert sind, gelten die Absätze 1–4 sinngemäss.³⁰³

²⁹⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

³⁰⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 6. Juni 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 3249).

³⁰¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5075).

³⁰² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

³⁰³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Juli 2001 (AS **2002** 915). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS **2012** 955).

Art. 104³⁰⁴ Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts

¹ Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Gesetzes beträgt 15 Franken.

² Keinen Beitrag haben zu entrichten:

- a. Kinder nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes;
- b. junge Erwachsene nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes, die in Ausbildung sind;
- c.³⁰⁵ Frauen, bei denen die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 Absatz 7 des Gesetzes entfällt.

Art. 104a³⁰⁶ Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung

¹ Das Departement bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a des Gesetzes eine höhere Kostenbeteiligung zu entrichten ist, und bestimmt deren Höhe. Es kann auch eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen, wenn die Leistungen:

- a. während einer bestimmten Zeit erbracht worden sind;
- b. einen bestimmten Umfang erreicht haben.

^{1bis} Das Departement bezeichnet die Arzneimittel, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe a des Gesetzes ein höherer Selbstbehalt zu entrichten ist, und bestimmt dessen Höhe.³⁰⁷

² Ist ein höherer als der in Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes festgelegte Selbstbehalt zu entrichten, wird der den gesetzlichen Ansatz übersteigende Betrag nur zur Hälfte an den Höchstbetrag nach Artikel 103 Absatz 2 angerechnet.

³ Das Departement bezeichnet die Leistungen, für die nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe b des Gesetzes die Kostenbeteiligung herabgesetzt oder aufgehoben ist. Es bestimmt die Höhe der herabgesetzten Kostenbeteiligung.

^{3bis} Das Departement bezeichnet die Leistungen, welche nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d des Gesetzes von der Franchise ausgenommen sind.³⁰⁸

⁴ Vor Erlass der Bestimmungen nach den Absätzen 1, 3 und 3^{bis} hört das Departement die zuständige Kommission an.³⁰⁹

³⁰⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6161).

³⁰⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS 2013 4523). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

³⁰⁶ Ursprünglich: Art. 105.

³⁰⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5639).

³⁰⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2001 138).

³⁰⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2001 138).

Art. 105³¹⁰ Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

¹ Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Schwangerschaft begleitet, ermittelt den mutmasslichen Beginn der 13. Schwangerschaftswoche und gibt ihn auf der Rechnung an.

² Eine Totgeburt nach der 23. Schwangerschaftswoche gilt als Niederkunft.

³ Die Frist nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b des Gesetzes endet am 56. Tag nach der Niederkunft um 24 Uhr.

3a. Kapitel:³¹¹ Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen**Art. 105a** Verzugszins

Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG beträgt 5 Prozent im Jahr.

Art. 105b³¹² Mahnverfahren

¹ Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen.

² Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht.

Art. 105c³¹³ Ausschluss der Verrechnung

Der Versicherer darf die Versicherungsleistungen nicht mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

Art. 105d³¹⁴ Meldung der zuständigen kantonalen Behörde

Der Kanton meldet dem Versicherer die zuständige kantonale Behörde.

³¹⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 29. Nov. 2013, in Kraft seit 1. März 2014 (AS 2013 4523).

³¹¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

³¹² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

³¹³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

³¹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

Art. 105^{e315} Meldungen über Betreibungen

¹ Gibt der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt, so muss er ihr folgende Personendaten melden:

- a. den Namen und den Vornamen;
- b. das Geschlecht;
- c. das Geburtsdatum;
- d. den Wohnsitz;
- e. die AHV-Versichertennummer.

² Der Kanton kann den Versicherer anhalten, das Betreibungsverfahren nicht fortzusetzen, bis er entschieden hat, ob er die Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt.

Art. 105^{f316} Meldungen über Verlustscheine

¹ Der Versicherer informiert die zuständige kantonale Behörde am Ende jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine.

² Er übermittelt der zuständigen kantonalen Behörde bis zum 31. März die Schlussabrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine und den dazugehörigen Revisionsbericht. Die Abrechnung enthält eine Zusammenstellung der Gesuche um Übernahme der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes und eine Zusammenstellung der Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 5 des Gesetzes.

Art. 105^{g317} Personendaten

Bei der Bekanntgabe nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes muss der Versicherer zur Identifikation der versicherten Personen und der Schuldnerinnen und Schuldner melden:

- a. den Namen und den Vornamen;
- b. das Geschlecht;
- c. das Geburtsdatum;
- d. den Wohnsitz;
- e. die AHV-Versichertennummer.

³¹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

³¹⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

³¹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

Art. 105^h318 Datenaustausch

Das Departement kann die technischen und organisatorischen Vorgaben für den Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern festlegen.

Art. 105ⁱ319 Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel

Einem Verlustschein im Sinne von Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes sind Verfügungen über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen oder gleichwertige Rechtstitel, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen, gleichgesetzt. Der Kanton bezeichnet die Verfügungen und die betroffenen Rechtstitel.

Art. 105^j320 Revisionsstelle

¹ Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich der Forderungen nach Artikel 64a Absatz 3 des Gesetzes. Sie kontrolliert, ob:

- a. die Angaben zu den Schuldnerinnen und Schuldnern sowie zu den Versicherten korrekt sind;
- b. das Mahnverfahren nach Artikel 105b eingehalten wurde;
- c. ein Verlustschein vorhanden ist;
- d. das Ausstellungsdatum des Verlustscheines im Vorjahr liegt;
- e. der Gesamtbetrag der Forderungen richtig ist;
- f. die Forderung dem Kanton gemeldet wurde, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde.

² Die Revisionsstelle überprüft die Richtigkeit der Angaben des Versicherers bezüglich der Bezahlung der ausstehenden Forderungen durch die versicherte Person nach Ausstellung eines Verlustscheins.

³ Der Kanton übernimmt die Kosten der Revisionsstelle, wenn er eine andere Revisionsstelle als diejenige nach Artikel 86 bezeichnet.

Art. 105^k321 Zahlungen der Kantone an die Versicherer

¹ Bei Eingang der Personendaten und der Meldungen über die Verlustscheine kann die zuständige kantonale Behörde dem Versicherer die Personendaten nach Artikel 105g für die Versicherten übermitteln, für die sie ausstehende Beträge übernimmt.

³¹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

³¹⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

³²⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

³²¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

² Der Kanton, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde, bezahlt dem Versicherer die Forderungen nach Artikel 64a Absatz 4 des Gesetzes nach Abzug der Rückerstattungen nach Artikel 64a Absatz 5 des Gesetzes bis zum 30. Juni. Übersteigen die Rückerstattungen die Forderungen, so zahlt der Versicherer dem aktuellen Wohnkanton bis zum 30. Juni den Differenzbetrag zurück.

³ Wurde eine rückwirkende Prämienverbilligung ausgerichtet, die durch einen Verlustschein gedeckt ist, der dem Kanton in Rechnung gestellt wurde, und wurde die Prämienverbilligung dem Versicherer vor der Schlussabrechnung mitgeteilt, so zieht der Versicherer die Prämienverbilligung von seiner nächsten Schlussabrechnung ab.

Art. 105³²² Wechsel des Versicherers bei Säumigkeit

¹ Säumig im Sinne von Artikel 64a Absatz 6 des Gesetzes ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Artikel 105b Absatz 1.

² Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betreibungskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.

³ Sind die ausstehenden Beträge nach Absatz 2 beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes den Versicherer wechseln kann. Der Versicherer muss zudem den neuen Versicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist.

Art. 105m³²³ Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen

¹ Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands oder Norwegens möglich, dass der Schweizer Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so sind folgende Bestimmungen anwendbar auf Versicherte, die in einem solchen Staat wohnen und die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlen:

- a. Artikel 64a Absätze 1–7 des Gesetzes und die Artikel 105b–105l auf:
 1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige,
 2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltserinnen und Aufenthaltserinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen,
 3. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige;

³²² Eingelegt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

³²³ Eingelegt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

- b. Artikel 64a Absätze 1, 2 und 6 des Gesetzes und die Artikel 105b und 105f auf Rentnerinnen und Rentnern sowie deren Familienangehörige; der Versicherer übernimmt die Verlustscheine.

² Ist es nach dem Recht eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, Islands oder Norwegens nicht möglich, dass der Schweizer Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so hat der Versicherer der versicherten Person, die die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen. Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so kann der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben. Gleichzeitig muss er die versicherte Person und den zuständigen aushelfenden Träger am Wohnort der versicherten Person informieren. Der Aufschub endet, sobald die gemahnten Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die angefallenen Verzugszinse bezahlt sind. Der Versicherer darf während eines Aufschubs der Übernahme der Kosten die Versicherungsleistungen mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

4. Kapitel:³²⁴ Prämienverbilligung durch die Kantone

1. Abschnitt: Anspruchsberechtigte³²⁵

Art. 106³²⁶ Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte mit einer Aufenthaltsbewilligung, die mindestens drei Monate gültig ist

Anspruch auf Prämienverbilligung haben auch versicherungspflichtige Personen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und f, soweit sie die Anspruchsvoraussetzungen des Kantons erfüllen.

Art. 106a Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen³²⁷

¹ Die Prämienverbilligung richtet sich nach Artikel 65a des Gesetzes:

- a. für Versicherte, die eine schweizerische Rente beziehen, solange sie in der Schweiz erwerbstätig sind oder eine Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung beziehen;

³²⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 915).

³²⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

³²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 2002 1633).

³²⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

- b. für versicherte Familienangehörige einer versicherten Person nach Buchstabe a, selbst wenn ein anderer versicherter Familienangehöriger nur eine schweizerische Rente bezieht;
- c. für versicherte Familienangehörige einer versicherten Person, die in der Schweiz erwerbstätig ist oder eine Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung bezieht, selbst wenn ein anderer versicherter Familienangehöriger nur eine schweizerische Rente bezieht.

² Die Kantone dürfen bei der Prüfung der bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse der in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnenden Versicherten das Einkommen und das Reinvermögen derjenigen Familienangehörigen, die dem Verfahren nach Artikel 66a des Gesetzes unterstellt sind, nicht berücksichtigen.³²⁸

2. Abschnitt:³²⁹ Durchführung der Prämienverbilligung

Art. 106b Meldungen des Kantons

¹ Der Kanton bestimmt eine Stelle, welche die Daten mit den Versicherern nach Artikel 65 Absatz 2 des Gesetzes austauscht.

² Er meldet dem Versicherer:

- a. die versicherten Personen, die Anspruch auf Prämienverbilligung haben;
- b. die Höhe der Prämienverbilligung je berechnete Person und Monat auf fünf Rappen gerundet;
- c. den Zeitraum in Monaten, für den die Prämienverbilligung ausgerichtet wird.

³ Er legt die Termine für seine Meldungen, die Meldungen nach Artikel 106c Absätze 1 und 2 und die Lieferung der Jahresrechnung nach Artikel 106c Absatz 3 fest.

Art. 106c Aufgaben des Versicherers

¹ Der Versicherer teilt dem Kanton mit, ob er die Meldung einer bei ihm versicherten Person zuordnen kann.

² Er meldet dem Kanton wesentliche Änderungen im Verhältnis zwischen der versicherten Person und ihm. Das Departement kann festlegen, welche Änderungen als wesentlich gelten.

³ Der Versicherer legt dem Kanton eine Jahresrechnung vor. Diese umfasst je berechnete Person die Personendaten nach Artikel 105g, den betroffenen Zeitraum, die Monatsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die ausgerichteten Beträge.

³²⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. April 2012 (AS 2012 955).

³²⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3527).

⁴ Der Versicherer gibt die Prämienverbilligung je versicherte Person und Monat auf der Prämienrechnung an. Er darf die Prämienverbilligung nicht auf dem Versicherungsausweis angeben.

⁵ Er bezahlt der versicherten Person die Differenz innerhalb von 60 Tagen aus, wenn seine restlichen Prämienforderungen für das laufende Kalenderjahr und seine anderen fälligen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, für die kein Verlustschein vorliegt, kleiner sind als:

- a. die vom Kanton gewährte Prämienverbilligung; vorbehalten bleiben kantonale Regelungen, wonach die Prämie höchstens bis zu ihrem vollen Umfang verbilligt werden kann und wonach kleine Beträge nicht ausgerichtet werden;
- b. der vom Kanton gewährte Pauschalbeitrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006³³⁰ über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

⁶ Der Kanton kann vorsehen, dass der Versicherer ihm die Personendaten nach Artikel 105g und weitere Daten für seine Versicherten im betreffenden Kanton mitteilt.

Art. 106d Datenaustausch

¹ Die Meldungen nach den Artikeln 106b und 106c enthalten die Personendaten nach Artikel 105g. Der Kanton kann die Meldung weiterer Daten vorsehen.

² Das Departement kann nach Anhörung der Kantone und der Versicherer technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch und das Datenformat festlegen.

Art. 106e Kosten

Die Kantone und die Versicherer tragen die ihnen aus dem Vollzug der Prämienverbilligung erwachsenden Kosten.

2. Teil: Freiwillige Taggeldversicherung

Art. 107³³¹ Finanzierungsverfahren

Die Artikel 78–78c sind sinngemäss anwendbar.

Art. 108 Prämientarife

Artikel 92 ist sinngemäss anwendbar.

³³⁰ SR 831.30

³³¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449).

Art. 108a³³² Prämienbezahlung, Verzugs- und Vergütungszinsen

Die Artikel 90, 90a, und 105a sind sinngemäss anwendbar.

Art. 109 Beitritt

Jede Person, welche die Voraussetzungen von Artikel 67 Absatz 1 des Gesetzes erfüllt, kann zu den gleichen Bedingungen, namentlich hinsichtlich der Dauer und der Höhe des Taggeldes, wie sie für die anderen Versicherten gelten, der Taggeldversicherung beitreten, soweit dadurch voraussichtlich keine Überentschädigung entsteht.

3. Teil: Koordinationsregeln

1. Titel: Leistungskoordination

1. Kapitel: Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen

1. Abschnitt: Abgrenzung der Leistungspflicht

Art. 110³³³ Grundsatz

Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen der Unfallversicherung nach dem UVG³³⁴, der Militärversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder dem Erwerbsersatzgesetz vom 25. September 1952³³⁵ für Dienstleistende und bei Mutterschaft zusammentreffen, gehen die Leistungen dieser anderen Sozialversicherungen vor. Artikel 128 der Verordnung vom 20. Dezember 1982³³⁶ über die Unfallversicherung bleibt vorbehalten.

Art. 111 Unfallmeldung

Die Versicherten haben Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, ihrem Krankenversicherer zu melden. Sie haben Auskunft zu geben über:³³⁷

- a. Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles;
- b. den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin oder das Spital;
- c. allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.

³³² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002 (AS **2002** 3908). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3573).

³³³ Fassung gemäss Art. 45 Ziff. I der V vom 24. Nov. 2004 zum Erwerbsersatzgesetz, in Kraft seit 1. Juli 2005 (AS **2005** 1251).

³³⁴ SR **832.20**

³³⁵ SR **834.1**

³³⁶ SR **832.202**

³³⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

2. Abschnitt: Vorleistungspflicht

Art. 112 Im Verhältnis zur Unfallversicherung und zur Militärversicherung

¹ Ist bei Krankheit oder Unfall die Leistungspflicht der Unfallversicherung nach UVG³³⁸ oder der Militärversicherung zweifelhaft, so darf der Krankenversicherer die bei ihm versicherten Leistungen ohne Antrag bei voller Wahrung seiner Rückerstattungsrechte von sich aus vorläufig ausrichten.³³⁹

² Ist eine Person bei mehreren Krankenversicherern für Taggeld versichert, so ist jeder dieser Versicherer vorleistungspflichtig.

Art. 113 Im Verhältnis zur Invalidenversicherung

Hat sich eine versicherte Person sowohl beim Krankenversicherer als auch bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet, so hat der Krankenversicherer vorläufig für die Krankenpflegekosten Gutsprache zu erteilen oder Zahlungen zu leisten, bis feststeht, welche Versicherung den Fall übernimmt.

Art. 114³⁴⁰ Informationspflicht

Der vorleistende Krankenversicherer macht die versicherte Person auf die Rückerstattungsordnung von Artikel 71 ATSG aufmerksam.

Art. 115³⁴¹

Art. 116 Unterschiedliche Tarife

¹ Bei Vorleistung durch den Krankenversicherer haben die anderen Sozialversicherer den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem für sie geltenden Tarif und dem vom Krankenversicherer angewandten Tarif nachzuzahlen.

² Hat der Krankenversicherer Leistungserbringern aufgrund seiner Tarife mehr vergütet, als aufgrund der für die anderen Versicherungen geltenden Tarife geschuldet gewesen wäre, so haben ihm die Leistungserbringer die Differenz zurückzuerstatten.

³³⁸ SR **832.20**

³³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

³⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

³⁴¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

3. Abschnitt: Rückvergütung von Leistungen anderer Sozialversicherer

Art. 117 Grundsatz

¹ Hat der Krankenversicherer anstelle eines anderen Sozialversicherers zu Unrecht Leistungen ausgerichtet oder hat dies ein anderer Sozialversicherer anstelle des Krankenversicherers getan, so muss der entlastete Versicherer den Betrag, um den er entlastet wurde, dem anderen Versicherer rückvergüten, höchstens jedoch bis zu seiner gesetzlichen Leistungspflicht.

² Sind mehrere Krankenversicherer rückvergütungsberechtigt oder rückvergütungspflichtig, so bemisst sich ihr Anteil nach den Leistungen, die sie erbracht haben oder hätten erbringen sollen.

³ Der Rückvergütungsanspruch erlischt fünf Jahre nach der Ausrichtung der Leistung.

Art. 118 Auswirkungen auf die Versicherten

¹ In laufenden Versicherungsfällen sorgt der weiterhin leistungspflichtige Versicherer für die Ausrichtung der Leistungen nach den für ihn geltenden Vorschriften. Er informiert die versicherte Person darüber.

² Hätte die versicherte Person bei einer sachgerechten Behandlung des Falles höhere Geldleistungen empfangen, als ihr ausgerichtet wurden, so vergütet ihr der rückvergütungspflichtige Versicherer die Differenz. Dies gilt auch dann, wenn das Versicherungsverhältnis inzwischen aufgelöst wurde.

Art. 119 Unterschiedliche Tarife

¹ Der rückvergütungspflichtige Versicherer erstattet den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem Tarif, den der rückvergütungsberechtigte Versicherer angewandt hat, und dem Tarif, der für ihn selber gilt.

² Hat der rückvergütungsberechtigte Versicherer mehr erstattet, als aufgrund der für den rückvergütungspflichtigen Versicherer geltenden Tarife geschuldet gewesen wäre, müssen die Leistungserbringer dem rückvergütungsberechtigten Versicherer die Differenz zurückerstatten.

4. Abschnitt:³⁴² Informationspflicht der Versicherer

Art. 120

Die Versicherten sind über die Bekanntgabe von Daten (Art. 84a KVG) und über geleistete Verwaltungshilfe (Art. 32 Abs. 2 ATSG und Art. 82 KVG) zu informieren.

³⁴² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

Art. 121*Aufgehoben***2. Kapitel: Überentschädigung****Art. 122³⁴³**

¹ Eine Überentschädigung bei Sachleistungen liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden namentlich die folgenden Grenzen übersteigen:

- a. die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten;
- b. die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten;

² Ist die versicherte Person bei mehr als einem Krankenversicherer für Taggeld gemäss den Artikeln 67–77 des Gesetzes versichert, gilt als Überentschädigungsgrenze diejenige von Artikel 69 Absatz 2 ATSG. Sind die Leistungen zu kürzen, so ist jeder Versicherer im Verhältnis des von ihm versicherten Taggeldes zum Gesamtbetrag der versicherten Taggelder leistungspflichtig.

2. Titel: ...**Art. 123–126³⁴⁴****4. Teil:****Verfügung, Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten³⁴⁵****Art. 127³⁴⁶** Verfügung

Wird eine Verfügung auf Grund von Artikel 51 Absatz 2 ATSG verlangt, so hat der Versicherer sie innerhalb von 30 Tagen zu erlassen.

Art. 128–129³⁴⁷

³⁴³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

³⁴⁴ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

³⁴⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

³⁴⁶ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Nov. 2000 (AS **2000** 2911). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

³⁴⁷ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, mit Wirkung seit 1. Jan. 2003 (AS **2002** 3908).

Art. 130³⁴⁸ Kosten der Bekanntgabe und Publikation von Daten³⁴⁹

¹ In den Fällen nach Artikel 84a Absatz 5 des Gesetzes wird eine Gebühr erhoben, wenn die Datenbekanntgabe zahlreiche Kopien oder andere Vervielfältigungen oder besondere Nachforschungen erfordert. Die Höhe dieser Gebühr entspricht den in den Artikeln 14 und 16 der Verordnung vom 10. September 1969³⁵⁰ über Kosten und Entschädigungen im Verwaltungsverfahren festgesetzten Beträgen.

² Für Publikationen nach Artikel 84a Absatz 3 des Gesetzes wird eine kosten-deckende Gebühr erhoben.

³ Die Gebühr kann wegen Bedürftigkeit der gebührenpflichtigen Person oder aus anderen wichtigen Gründen ermässigt oder erlassen werden.

5. Teil: Schlussbestimmungen**1. Titel: Übergangsbestimmungen****Art. 131**³⁵¹**Art. 132** Bestehende Versicherungsverhältnisse

¹ Die Krankenkassen können beim Inkrafttreten des Gesetzes bestehende Versicherungsverhältnisse mit Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht unterstehen und auch nicht auf Gesuch hin unterstellt werden können, bis spätestens am 31. Dezember 1996 weiterführen. Diese Versicherungsverhältnisse richten sich nach dem bisherigen Recht.

² Ein neues Versicherungsverhältnis nach Absatz 1 darf nur begründet werden, wenn damit die Weiterführung bis zum 31. Dezember 1996 einer entsprechenden Versicherungsdeckung gewährleistet wird, die von einem Versicherten gewährt worden war, der auf die Fortführung der sozialen Krankenversicherung verzichtet hat (Art. 99 KVG).

³ Die Krankenkassen können den Personen nach den Absätzen 1 und 2 auf vertraglicher Basis eine Fortdauer des Versicherungsschutzes nach dem 31. Dezember 1996 anbieten. Der Vertrag kann bei der gleichen Krankenkasse oder bei einem anderen Versicherten nach Artikel 11 des Gesetzes abgeschlossen werden. Die Finanzierung von Leistungen, welche denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen, richtet sich nach den Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsverhältnisse unterliegen dem Versicherungsvertragsgesetz^{352, 353}

³⁴⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 22. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2911).

³⁴⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3908).

³⁵⁰ SR 172.041.0

³⁵¹ Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 4477).

³⁵² SR 221.229.1

⁴ Läuft eine vor dem 1. Januar 1997 begonnene Behandlung nach diesem Datum weiter, so hat die Krankenkasse das Versicherungsverhältnis bis zum Abschluss dieser Behandlung nach altem Recht weiterzuführen.³⁵⁴

Art. 133³⁵⁵

Art. 134 Leistungserbringer

¹ Leistungserbringer im Sinne der Artikel 44–54, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes gestützt auf eine Bewilligung nach altem Recht für die Krankenversicherung tätig sind, bleiben zugelassen, wenn sie innert einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes nach kantonalem Recht zugelassen sind.

² Logopäden und Logopädinnen sowie Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, welche die Zulassungsbedingungen dieser Verordnung nur teilweise erfüllen, aber vor dem Inkrafttreten des Gesetzes ihre Ausbildung abgeschlossen und ihren Beruf selbständig ausgeübt haben, können unter dem neuen Recht für die Krankenversicherung tätig sein, wenn sie innert vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes nach kantonalem Recht zugelassen werden.³⁵⁶

³ Laboratorien, die bereits nach den Artikeln 53 und 54 als Leistungserbringer für die Durchführung genetischer Untersuchungen zugelassen sind, können solche Untersuchungen bis zum Bewilligungsentscheid des BAG weiter durchführen, wenn sie:

- a. die Zulassungsbedingungen nach den Artikeln 53 und 54 erfüllen; und
- b. innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Verordnung vom 14. Februar 2007³⁵⁷ über genetische Untersuchungen beim Menschen beim BAG ein Bewilligungsgesuch einreichen.³⁵⁸

Art. 135 Qualitätssicherung

Die Verträge nach Artikel 77 Absatz 1 der Verordnung sind bis zum 31. Dezember 1997 abzuschliessen.

³⁵³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

³⁵⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

³⁵⁵ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 25. Juni 1997, mit Wirkung seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 1639).

³⁵⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. Nov. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1996** 3139).

³⁵⁷ SR **810.122.1**; in Kraft seit 1. April 2007.

³⁵⁸ Eingefügt durch Art. 37 Ziff. 2 der V vom 14. Febr. 2007 über genetische Untersuchungen beim Menschen, in Kraft seit 1. April 2007 (AS **2007** 651).

Art. 136³⁵⁹**2. Titel: Inkrafttreten****Art. 137**

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 17. September 1997³⁶⁰**Schlussbestimmungen der Änderung vom 23. Februar 2000**³⁶¹**Schlussbestimmungen der Änderung vom 2. Oktober 2000**³⁶²

Das BAG kann für bestimmte Arzneimittelgruppen während höchstens fünf Jahren auf die Anpassung der Preise an die in Artikel 67 vorgesehene Preisstruktur verzichten oder eine gestaffelte Anpassung vorsehen.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Mai 2002³⁶³**Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Juni 2002**³⁶⁴

Für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung hängigen Verfahren gilt das neue Recht.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 6. Juni 2003³⁶⁵

³⁵⁹ Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

³⁶⁰ AS **1997** 2272. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

³⁶¹ AS **2000** 889. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

³⁶² AS **2000** 2835

³⁶³ AS **2002** 1633. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

³⁶⁴ AS **2002** 2129

³⁶⁵ AS **2003** 3249. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. Mai 2004³⁶⁶

¹ Die Versicherer haben jede versicherte Person bis spätestens am 31. Oktober 2004 schriftlich über die von ihnen angebotenen neuen wählbaren Franchisen und die dafür gewährten Prämienreduktionen zu informieren.

² Für die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen gilt ab dem 1. Januar 2005 die von ihrem Versicherer angebotene wählbare Franchise, die ihrer bisherigen Franchise entspricht oder die dieser am nächsten ist. Haben die nächstliegende höhere Franchise und die nächstliegende tiefere Franchise den gleichen Abstand zur bisherigen Franchise, so gilt die höhere. Die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen können jedoch eine andere Franchise wählen oder in die ordentliche Versicherung wechseln, wenn sie dies dem Versicherer bis spätestens am 30. November 2004 schriftlich mitteilen.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Dezember 2004³⁶⁷

¹ Als Diplome im Sinne der Artikel 45, 47–49 und 50a gelten auch diejenigen Diplome, die von der von den Kantonen gemeinsam oder vom Departement bezeichneten Stelle vor Inkrafttreten dieser Änderung ausgestellt oder als gleichwertig anerkannt worden sind.

² Für Versicherungsverhältnisse, die vor Inkrafttreten dieser Änderung von Artikel 103 Absatz 5 abgeschlossen worden sind, gilt die bisherige Regelung für die vereinbarte Vertragsdauer, höchstens aber bis zum 31. Dezember 2005.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 9. November 2005³⁶⁸

Schlussbestimmungen der Änderung vom 26. April 2006³⁶⁹

¹ Die Versicherer müssen die Vorschriften von Artikel 6a bis zum 1. August 2006 anwenden.

² Für versicherte Personen, deren Versicherungspflicht wegen Militärdienst vor dem 1. Juli 2006 sistiert wird, wird Artikel 10a in seiner bisherigen Fassung angewendet³⁷⁰.

³ Die Artikel 65–65c sowie 66a gelten für die Arzneimittel, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen worden sind.

³⁶⁶ AS 2004 3437

³⁶⁷ AS 2004 5075

³⁶⁸ AS 2005 5639. Aufgehoben durch Ziff. IV 51 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 4477).

³⁶⁹ AS 2006 1717

³⁷⁰ AS 2001 138

4 ...371

5 ...372

Schlussbestimmungen der Änderung vom 27. Juni 2007³⁷³

¹ Für Originalpräparate, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, gilt Artikel 65a in der Fassung vom 26. April 2006³⁷⁴.

² Originalpräparate und Generika, die zwischen dem 1. Januar 1993 und dem 31. Dezember 2002 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden bis zum 30. Juni 2008 daraufhin überprüft, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Das Departement legt das Verfahren der Überprüfung fest.

³ Artikel 66 gilt auch für Arzneimittel, die vor dem 10. Mai 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden.

⁴ Für Prämien, die vor dem 1. August 2007 fällig wurden, und Kostenbeteiligungen an Leistungen, die vor dem 1. August 2007 erbracht wurden, ist Artikel 105b Absätze 1 und 2 nicht anwendbar.

⁵ Bei am 1. August 2007 bestehenden Aufschüben von Kostenübernahmen für Leistungen ist Artikel 105c Absatz 2 nicht anwendbar.

⁶ Unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreuungskosten, die vor dem 1. Januar 2006 angefallen sind, verhindern einen Wechsel des Versicherers nicht.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. August 2007³⁷⁵

Die Bestimmungen dieser Verordnung zur Revisionsstelle gelten vom ersten Geschäftsjahr an, das mit Inkrafttreten dieser Änderung oder danach beginnt.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008³⁷⁶

¹ Die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes muss ihre Tätigkeit spätestens am 31. Januar 2009 aufnehmen. Die Tarifpartner und die Kantone müssen den Bundesrat über das Datum des Beginns der Tätigkeit der Organisation in Kenntnis setzen und ihm die Statuten der Organisation übermitteln.

³⁷¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Juni 2007, mit Wirkung seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3573).

³⁷² Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 22. Juni 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3449).

³⁷³ AS 2007 3573

³⁷⁴ AS 2006 1717

³⁷⁵ AS 2007 3989

³⁷⁶ AS 2008 5097

² Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags nach Artikel 59d muss dem Bundesrat spätestens am 30. Juni 2009 unterbreitet werden. Der Tarifvertrag muss zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten. Dafür vereinbaren die Tarifpartner namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen.

^{2bis} Das Monitoring nach Absatz 2 umfasst insbesondere pro Leistungserbringer die Entwicklung der Fallzahl, der abgerechneten Kosten und im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus Diagnosis Related Groups (DRG) die Entwicklung des Case Mix Index (CMI). Das Monitoring über sämtliche Bereiche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche, muss insbesondere gewährleisten, dass neben dem Korrekturmechanismus nach Absatz 2^{ter} zusätzliche Korrekturmassnahmen von den Tarifpartnern durchgeführt werden können. Können sich die Tarifpartner nicht auf ein entsprechendes Monitoring einigen, übermitteln die Leistungserbringer den Versicherern die dazu notwendigen Informationen ab dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 der Übergangsbestimmungen der Änderung vom 21. Dezember 2007 des Gesetzes bis zum Abschluss der Korrekturmassnahmen quartalsweise. Die Versicherer führen gemeinsam ein Monitoring durch und veröffentlichen halbjährlich eine Auswertung als Grundlage für Korrekturmassnahmen der Tarifpartner.³⁷⁷

^{2ter} Können sich die Tarifpartner im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG nicht auf gesamtschweizerisch einheitliche Korrekturmassnahmen nach Absatz 2 einigen, so muss der Leistungserbringer in den ersten beiden Jahren nach Einführung des Vergütungsmodells sowohl bei einer ungerechtfertigten Erhöhung um mehr als 2 Prozent, des effektiven CMI im Abrechnungsjahr gegenüber dem vereinbarten CMI als auch der effektiven Fallzahl im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung des CMI berücksichtigten Fallzahl, die Mehrerträge innerhalb des Folgejahres anteilmässig nach Artikel 49a des Gesetzes rückvergüten. Die Umsetzungsmodalitäten werden zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart.³⁷⁸

³ Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat den Betrag des Fallbeitrags nach Artikel 59e spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch nach Absatz 2 zur Genehmigung unterbreiten.

⁴ In Abweichung zu den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008³⁷⁹ der Verordnung vom 3. Juli 2002³⁸⁰ über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung erfolgt im Jahr 2012 die Abgeltung der Anlagennutzungskosten im Falle

³⁷⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS 2011 5037).

³⁷⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS 2011 5037).

³⁷⁹ AS 2008 5105

³⁸⁰ SR 832.104

eines Vergütungsmodells vom Typus DRG mittels eines Zuschlags auf den in den Tarifverträgen verhandelten Basispreisen. Der Zuschlag beträgt 10 Prozent.³⁸¹

Schlussbestimmungen der Änderung vom 13. März 2009³⁸²

Die gemeinsame Einrichtung informiert in Zusammenarbeit mit dem BAG, den rentenauszahlenden Stellen und den zuständigen Auslandsvertretungen die Rentnerinnen und Rentner, die in einem neuen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft wohnen, bis spätestens drei Monate nach dem Inkrafttreten des Protokolls vom 27. Mai 2008³⁸³ über die Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf Bulgarien und Rumänien im Hinblick auf die Aufnahme von Bulgariern und Rumänen als Vertragsparteien infolge ihres Beitritts zur Europäischen Union über die Versicherungspflicht. Mit diesen Informationen gelten auch die in einem neuen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft wohnhaften Familienangehörigen als informiert. Der Bund übernimmt die der gemeinsamen Einrichtung entstehenden Kosten für die Information.

Übergangsbestimmungen der Änderung vom 24. Juni 2009³⁸⁴

Für Pilotprojekte nach Artikel 36a, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 24. Juni 2009 genehmigt wurden, wird die Projektdauer von vier Jahren um die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung bereits abgelaufene Zeit gekürzt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Juli 2009³⁸⁵

¹ Das BAG überprüft die Fabrikabgabepreise der Originalpräparate, die zwischen dem 1. Januar 1955 und dem 31. Dezember 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen.

² Das Unternehmen, das ein zu überprüfendes Originalpräparat vertreibt, ermittelt die Fabrikabgabepreise der in der Schweiz meistverkauften Packung in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich aufgrund von Regelungen der entsprechenden Behörden oder Verbände. Es lässt diese Fabrikabgabepreise von einer zeichnungsberechtigten Person der jeweiligen Länderniederlassung bestätigen. Die Anzahl der in der Schweiz verkauften Packungen des Originalpräparates der letzten 12 Monate muss für sämtliche Handelsformen ausgewiesen und von einer zeichnungsberechtigten Person des Unternehmens in der Schweiz bestätigt werden.

381 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Dez. 2011 (AS 2011 5037).

382 AS 2009 1825

383 SR 0.142.112.681.1

384 AS 2009 3525

385 AS 2009 4245

³ Das Unternehmen, welches das Originalpräparat vertreibt, muss dem BAG die am 1. Oktober 2009 gültigen Fabrikabgabepreise bis zum 30. November 2009 mitteilen. Das BAG ermittelt den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis anhand der geltenden Preise in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich sowie den durchschnittlichen Wechselkurs der Monate April bis September 2009 und rechnet diesen Preis in Schweizer Franken um.

⁴ Das BAG senkt den Fabrikabgabepreis eines Originalpräparates mit Wirkung ab 1. März 2010 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis, wenn:

- a. der Fabrikabgabepreis des Originalpräparates am 1. Oktober 2009 (Ausgangswert) den nach Absatz 3 ermittelten Preis um mehr als 4 Prozent übersteigt;
- b. das Unternehmen bis zum 30. November 2009 kein Gesuch stellt, den Fabrikabgabepreis mit Wirkung ab 1. März 2010 auf einen Preis zu senken, welcher den Fabrikabgabepreis nach Absatz 3 um höchstens 4 Prozent übersteigt.

⁵ Die Preissenkung nach Absatz 4 kann stufenweise erfolgen. Beträgt die Preissenkung mehr als 15 Prozent des Ausgangswertes, so wird der Preis auf den 1. März 2010 auf 85 Prozent des Ausgangswertes und auf den 1. Januar 2011 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis gesenkt.

⁶ Generika, die bis zum Inkrafttreten der Änderung vom 1. Juli 2009 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden bis zum 1. Januar 2010 überprüft und per 1. März 2010 preislich angepasst. Im Zuge dieser ausserordentlichen Preisüberprüfung gelten Generika als wirtschaftlich, wenn ihre Fabrikabgabepreise mindestens 10 Prozent tiefer sind als die am 1. Oktober 2009 gültigen durchschnittlichen Fabrikabgabepreise der dazugehörenden Originalpräparate im Ausland. Berechnet wird der durchschnittliche Fabrikabgabepreis anhand der geltenden Preise des Originalpräparats in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich.³⁸⁶

⁷ Der preisbezogene Zuschlag und der Zuschlag je Packung nach Artikel 67 Absatz 1^{quater} werden bei allen Präparaten, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 1. Juli 2009 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, bis zum 1. Januar 2010 überprüft und preislich per 1. März 2010 angepasst.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. Dezember 2010³⁸⁷

¹ Die Versicherer müssen dem BAG das Anlagereglement innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Änderung vom 3. Dezember 2010 zur Kenntnis bringen.

³⁸⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. Sept. 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4759).

³⁸⁷ AS 2010 6155

² Sie müssen ihr Vermögen bis zum Jahresabschluss vom 31. Dezember 2011 nach den Artikeln 80–80i anlegen. Anlagen nach Artikel 80d Absatz 1 Buchstabe d müssen bis zum 31. Dezember 2015 nach den Artikeln 80–80i angelegt werden.

³ Die Versicherer müssen Anlagen nach Artikel 80d Absatz 1 Buchstabe e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom 3. Dezember 2010 bestehen, dem BAG innerhalb eines Jahres zur Genehmigung unterbreiten.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 22. Juni 2011³⁸⁸

¹ Die Versicherer müssen dafür sorgen, dass ihre Reserven innert fünf Jahren nach Inkrafttreten die Mindesthöhe nach Artikel 78a erreichen.

² Vor diesem Zeitpunkt müssen die Versicherer, deren Reserven die Mindesthöhe nicht erreichen:

- a. über die Sicherheitsreserven nach Artikel 78 Absatz 4 des bisherigen Rechts verfügen; und
- b. sofern bei ihnen weniger als 50 000 Personen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind, über eine Rückversicherung verfügen.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 6. Juli 2011³⁸⁹

Erhält ein Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme von einer nothilfeberechtigten Person, deren Asylentscheid vor dem Inkrafttreten dieser Änderung rechtskräftig wurde, so sind die Prämien und der Aufschlag nach dieser Änderung rückwirkend ab dem Inkrafttreten dieser Änderung geschuldet.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2. November 2011³⁹⁰

In Bezug auf Island, Liechtenstein und Norwegen gilt bis zum Inkrafttreten der Änderung vom ...³⁹¹ von Anhang K zum EFTA-Abkommen³⁹² das bisherige Recht.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 4. Juli 2012³⁹³

¹ Jeder Versicherer muss bis zum 31. Dezember 2013 über eine zertifizierte Datenannahmestelle nach Artikel 59a Absatz 6 verfügen. Solange der Versicherer über keine zertifizierte Datenannahmestelle verfügt, ist eine systematische Weitergabe nach Artikel 59a Absatz 3 von medizinischen Angaben nur möglich, wenn diese

388 AS 2011 3449

389 AS 2011 3535

390 AS 2012 955

391 AS ...

392 SR 0.632.31

393 AS 2012 4089

direkt an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach Artikel 57 des Gesetzes übermittelt werden.

² Das Departement erlässt bis zum 31. Dezember 2014 für den ambulanten Bereich sowie die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren und gibt die für die Codierung schweizweit anwendbaren Klassifikationen heraus. Bis zur Herausgabe der für sie anwendbaren Klassifikationen geben die Leistungserbringer im ambulanten Bereich sowie in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie die Diagnosen und Prozeduren nach den in den anwendbaren Tarifverträgen vereinbarten Modalitäten und Codierungen weiter.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 8. Mai 2013³⁹⁴

Artikel 65f gilt auch für Gesuche um Indikationserweiterung oder um Änderung oder Aufhebung einer Limitierung, welche beim Inkrafttreten dieser Änderung noch beim BAG hängig sind.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. November 2013³⁹⁵

¹ Die von den Kantonen gestützt auf Artikel 2 Absatz 4^{bis} ausgesprochenen Befreiungen bleiben bis zu ihrem Ablauf gültig.

² Für Leistungen, die vor dem 1. März 2014 erbracht werden, gilt Artikel 104 Absatz 2 Buchstabe c in der Fassung der Änderung vom 3. Dezember 2010³⁹⁶. Massgebend ist das Behandlungsdatum.

³⁹⁴ AS 2013 1353

³⁹⁵ AS 2013 4523

³⁹⁶ AS 2010 6161

*Anhang 1*³⁹⁷
(Art. 71)

Gebühren für Eintragungen in der Spezialitätenliste

| | Fr. |
|---|------|
| 1. Gebühren pro galenische Form für Verfügungen über Gesuche um: | |
| a. Aufnahme von Arzneimitteln oder Limitierungsänderungen, welche der Eidgenössischen Arzneimittelkommission vorgelegt werden | 5000 |
| b. Aufnahme von Arzneimitteln, welche der Eidgenössischen Arzneimittelkommission nicht vorgelegt werden | 2500 |
| c. Aufnahme von Arzneimitteln oder Limitierungsänderungen, welche im beschleunigten Verfahren behandelt werden | 7000 |
| d. Preiserhöhung | 2500 |
| e. Änderung der Packungsgrössen | 2500 |
| f. Änderung der Dosisstärke | 2500 |
| g. Wiedererwägung | 2500 |
| 2. Jahresgebühr pro aufgenommenes Arzneimittel und aufgeführte Packung | 30 |

³⁹⁷ Eingefügt durch Ziff. II der V vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 1353).

Aufhebung und Änderung von Verordnungen

1. Es werden aufgehoben:

- a. Die Verordnung I vom 22. Dezember 1964³⁹⁹ über die Krankenversicherung betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände sowie die Berechnung der Bundesbeiträge;
- b. die Verordnung II vom 22. Dezember 1964⁴⁰⁰ über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen;
- c. die Verordnung III vom 15. Januar 1965⁴⁰¹ über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände;
- d. die Verordnung IV vom 15. Januar 1965⁴⁰² über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung kantonaler Befähigungsausweise der Chiropraktoren für die Krankenversicherung;
- e. die Verordnung V vom 2. Februar 1965⁴⁰³ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit;
- f. die Verordnung VI vom 11. März 1966⁴⁰⁴ über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung;
- g. die Verordnung VII vom 29. März 1966⁴⁰⁵ über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Laboratorien zur Betätigung für die Krankenversicherung;
- h. die Verordnung VIII vom 30. Oktober 1968⁴⁰⁶ über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen;

³⁹⁸ Ursprünglich Anhang.

³⁹⁹ [AS 1964 1289, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738 Art. 18]

⁴⁰⁰ [AS 1965 31, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546]

⁴⁰¹ [AS 1965 41, 1968 43 Ziff. V 1068, 1969 1126 Ziff. II, 1974 978 Ziff. II, 1983 38 Art. 142, 1984 1485, 1986 85]

⁴⁰² [AS 1965 55]

⁴⁰³ [AS 1965 90, 1969 77 Ziff. II Bst. B Ziff. 3 1220, 1970 1644, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039, 1991 370 Anhang Ziff. 18]

⁴⁰⁴ [AS 1966 499, 1971 1185]

⁴⁰⁵ [AS 1966 570]

⁴⁰⁶ [AS 1968 1318, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563]

- i die Verordnung vom 22. November 1989⁴⁰⁷ über den Betrieb anderer Versicherungsarten durch anerkannte Krankenkassen.

2.–10.

...⁴⁰⁸

⁴⁰⁷ [AS 1989 2430]

⁴⁰⁸ Die Änderungen können unter AS 1995 3867 konsultiert werden.

