

22.062 n KVG. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Geltendes Recht	Entwurf des Bundesrates	Beschluss des Nationalrates	Anträge der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
	vom 7. September 2022	vom 28. September 2023 <i>Zustimmung zum Entwurf, wo nichts vermerkt ist</i>	vom 23. April 2024 <i>Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates, wo nichts vermerkt ist</i>

**Bundesgesetz
über die Kranken-
versicherung
(KVG)
(Massnahmen zur Kosten-
dämpfung – Paket 2)**

Änderung vom ...

*Die Bundesversammlung der
Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des
Bundesrates vom 7. September
2022',
beschliesst:*

1 BBl 2022 2427

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

|

|

|

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Ersatz von Ausdrücken

¹ In Artikel 58b Absätze 3 und 4 wird «des Departements» ersetzt durch «des EDI».

² In Artikel 58f Absatz 7 wird «Bundesamt» ersetzt durch «BAG».

Art. 18*Art. 18 Abs. 2^{septies}**Art. 18*

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

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

^{2bis} Die gemeinsame Einrichtung entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

^{2ter} Sie weist Rentner und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.

^{2quater} Sie unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung nach Artikel 65a für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen.

^{2quinquies} Sie führt die Prämienverbilligung nach Artikel 66a durch.

^{2sexies} Die gemeinsame Einrichtung kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen.

^{2septies} Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004.

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

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

^{2septies} Sie führt folgende Fonds:

- a. den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004³;
- b. den Fonds für die Rückerstattungen nach Artikel 52b.

^{2septies}...

- b. den Fonds für die Rückerstattungen.

(siehe Art. 52e, ...)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

^{5bis} Der Bund übernimmt die Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2^{bis}–2^{quinqües}.

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

⁷ Die gemeinsame Einrichtung führt für jede ihrer Aufgaben eine getrennte Rechnung. Sie genießt Steuerfreiheit nach Artikel 80 ATSG.

⁸ Auf Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht gegen Verfügungen der gemeinsamen Einrichtungen nach den Absätzen 2^{bis}, 2^{ter} und 2^{quinqües} ist Artikel 85^{bis} Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung sinngemäss anwendbar.

Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit *Art. 25 Abs. 2 Bst. h*

Art. 25

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von:
 1. Ärzten oder Ärztinnen,
 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,
 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;
- b. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
- c. einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren;
- d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;
- e. den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung;
- f. ...
- f^{bis}. den Aufenthalt bei Entbindung in einem Geburtshaus (Art. 29);
- g. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten;

² Diese Leistungen umfassen:

² ...

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

h. die folgenden Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:

1. Leistungen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln,
2. pharmazeutische Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue.

h. ...

2. pharmazeutische Leistungen zur Optimierung der ärztlich angeordneten Arzneimitteltherapie und der Therapietreue sowie die damit im Zusammenhang stehende Durchführung oder Veranlassung von Analysen und Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die in interprofessioneller Absprache mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen erfolgen.

Art. 25a Pflegeleistungen bei Krankheit

Art. 25a Abs. 4 zweiter Satz

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Für die Vergütung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für Pflegeleistungen verwendet werden, gilt Artikel 52.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen. Für die Vergütung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für die Akut- und Übergangspflege verwendet werden, gilt Artikel 52.

³ Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

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

⁴ *Betrifft nur den französischen Text.*

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 26** Medizinische Prävention

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

Art. 26 Medizinische Prävention

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind.

2 Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet. Vorsorgliche Massnahmen können auch von einem Apotheker oder einer Apothekerin im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d durchgeführt werden.

Art. 26

2 ...

... angeordnet. Sie können auch von einem Apotheker oder einer Apothekerin ohne ärztliche Anordnung im Rahmen von ...

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 29** Mutterschaft

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

² Diese Leistungen umfassen:

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

Art. 29

² ...

a. ...

... Kontrolluntersuchungen einschliesslich den notwendigen Analysen bei der Mutter während und nach ...

b. die Niederkunft zu Hause, ...

e. die ambulante Betreuung im Wochenbett zur Pflege und Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind durch Hebammen;

f. die Mutter und Kind unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Hebammen während der Schwangerschaft, der Niederkunft und im Wochenbett verordneten Analysen und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände sowie die von Hebammen angewandten Arzneimittel bei der Niederkunft.

Art. 29 Mutterschaft und Leistungen von Hebammen

² ...

a. *Gemäss geltendem Recht*

e. ...

... von Mutter und gesundem Kind durch Hebammen;

f. die Analysen, die Arzneimittel und die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die der Mutter oder dem gesunden Kind von Ärzten und Ärztinnen oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Hebammen verordnet werden.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

³Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt zudem unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen die Kosten für folgende der Diagnose und Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienenden Leistungen, die von Hebammen für die Mutter oder das Neugeborene ab Beginn der Schwangerschaft, während der Niederkunft und bis zu dem vom Bundesrat bestimmten Zeitpunkt nach der Niederkunft oder dem Ende der Schwangerschaft erbracht werden:

- a. ambulant oder im Geburtshaus durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen;
- b. verordnete Analysen, Arzneimittel sowie der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände.

(siehe Art. 33 Abs. 2, Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3, Art. 64 Abs. 7 Bst. a)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 32** Voraussetzungen

Art. 32 Abs. 3

Art. 32

Art. 32

Mehrheit**Minderheit** (Müller Damian, Dittli, Germann)

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

¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. (*Rest streichen*)

^{1bis} Die Wirksamkeit muss nach quantitativen oder qualitativen wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

^{1ter} Eine Leistung ist zweckmässig, wenn sie medizinisch indiziert ist.

^{1quater} Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist der Nutzen der Leistung für die versicherte Person und die Gesellschaft angemessen zu berücksichtigen.

(siehe Art. 52 Abs. 1^{bis})(siehe Art. 52 Abs. 1^{bis})

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

Mehrheit**Minderheit** (Müller Damian, Dittli, Gapany, Germann)

³ Der Bundesrat kann je nach Art der Leistung die Häufigkeit und den Umfang der Überprüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit differenziert festlegen.

³ Der Bundesrat kann Leistungen von der periodischen Überprüfung nach Absatz 2 ausnehmen.

³ Gemäss Bundesrat³ Gemäss Nationalrat

(siehe Art. 52 Abs. 4)

(siehe Art. 52 Abs. 4)

(siehe Art. 52 Abs. 4)

Geltendes Recht	Bundesrat	Nationalrat	Kommission des Ständerates
Art. 33 Bezeichnung der Leistungen	Art. 33	Art. 33	Art. 33
<p>¹ Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.</p>			
<p>² Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.</p>			<p>² ...</p> <p>... nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 und Absatz 3 sowie 31 Absatz 1 näher. (siehe Art. 29, ...)</p>
<p>³ Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.</p>			
<p>⁴ Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.</p>			
<p>⁵ Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem EDI oder dem BAG übertragen.</p>			
		<p>⁶ Bei der Bezeichnung prophylaktischer Impfungen ist von den Kommissionen nach Absatz 4 nicht mehr als eine Kommission beizuziehen.</p>	

Geltendes Recht	Bundesrat	Nationalrat	Kommission des Ständerates
Art. 35 Arten von Leistungserbringern	<i>Art. 35 Abs. 2 Bst. o</i>	<i>Art. 35</i>	<i>Art. 35</i>
¹ ...			
² Leistungserbringer sind:	² Leistungserbringer sind:	² ...	² ...
a. Ärzte und Ärztinnen;			
b. Apotheker und Apothekerinnen;			
c. Chiropraktoren und Chiropraktorinnen;			
d. Hebammen;			
e. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;			
f. Laboratorien;			
g. Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;			
h. Spitäler;			
i. Geburtshäuser;			
k. Pflegeheime;			
l. Heilbäder;			
m. Transport- und Rettungsunternehmen;			
n. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen.			
	o. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.	o. <i>Streichen</i> (siehe Art. 37a, ...)	Mehrheit o. <i>Gemäss Bundesrat</i> (siehe Art. 37a, ...)
			Minderheit (Dittli, ...) o. <i>Gemäss Nationalrat (= streichen)</i> (siehe Art. 37a, ...)

Geltendes Recht	Bundesrat	Nationalrat	Kommission des Ständerates
<p>Art. 36 Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Grundsatz</p> <p>Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n dürfen nur zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird.</p>	<p>Art. 36 Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Grundsatz</p> <p>Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m, n und o dürfen nur zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird.</p>	<p>Art. 36</p> <p><i>Streichen (= gemäss geltendem Recht)</i> (siehe Art. 37a, ...)</p>	<p>Art. 36</p> <p>Mehrheit Gemäss Bundesrat (siehe Art. 37a, ...)</p> <p>Minderheit (Dittli, ...) Gemäss Nationalrat (= streichen) (siehe Art. 37a, ...)</p>
<p>Art. 36a Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Voraussetzungen</p> <p>¹ Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden.</p> <p>² Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen je nach Art der Leistungserbringer die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen.</p>	<p>Art. 36a Abs. 1 erster Satz</p> <p>¹ Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m, n und o erfüllen müssen. ...</p>	<p>Art. 36a</p> <p><i>Streichen (= gemäss geltendem Recht)</i> (siehe Art. 37a, ...)</p>	<p>Art. 36a</p> <p>Mehrheit Gemäss Bundesrat (siehe Art. 37a, ...)</p> <p>Minderheit (Dittli, ...) Gemäss Nationalrat (= streichen) (siehe Art. 37a, ...)</p>

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

Art. 37a Netzwerke zur koordinierten Versorgung: besondere Voraussetzungen

Art. 37a

Art. 37a

Mehrheit

Minderheit (Dittli, Friedli Esther, Gapany, Germann, Hegglin Peter, Müller Damian)

Streichen

Gemäss Bundesrat, aber: ...

Gemäss Nationalrat (= streichen)

(siehe Art. 35 Abs. 2 Bst. o, Art. 36, Art. 36a Abs. 1, Art. 38 Abs. 1 und 2, Art. 48a, Art. 55a Abs. 1 Bst. b Ziff. 3 und Abs. 5 Bst. b sowie Ziff. III Übergangsbestimmungen Abs. 1)

(siehe Art. 35 Abs. 2 Bst. o, Art. 36, Art. 36a Abs. 1, Art. 38 Abs. 1 und 2, Art. 48a, Art. 55a Abs. 1 Bst. b Ziff. 3 und Abs. 5 Bst. b, Art. 64 Abs. 6 Bst. e sowie Ziff. III Übergangsbestimmungen Abs. 1)

¹ Netzwerke zur koordinierten Versorgung müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

¹ ...

- a. Sie werden von einem Arzt oder einer Ärztin geleitet, der oder die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllt.
- b. Sie erbringen Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert.
- c. Sie haben ihren Tätigkeitsbereich in Bezug auf Ort und Zeit der Eingriffe, in Bezug auf die erbrachten Leistungen und in Bezug auf die Patienten und Patientinnen, denen die Leistungen zukommen, beschränkt.
- d. Sie verfügen über eine ausreichende Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllen.
- e. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.

- a. Sie verfügen über eine ausreichende Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllen.
- a^{bis}. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.
- b. ...
- c. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.
- d. *Streichen*
- e. *Streichen*

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

- f. Sie stellen die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette hinweg sicher.
- g. Sie sind einer Gemeinschaft oder einer zertifizierten Stammgemeinschaft nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 2015⁴ über das elektronische Patientendossier angeschlossen.
- h. Sie verfügen über einen kantonalen Leistungsauftrag.

² Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung schliessen mit weiteren Leistungserbringern Verträge ab, die insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Koordination regeln. Der Bundesrat kann die Mindestanforderungen an die Verträge festlegen.

(Mehrheit)**(Minderheit (Dittli, ...))**

- f. ...
- g. Sie sind einer zertifizierten Gemeinschaft oder einer zertifizierten Stammgemeinschaft ...

h. *Streichen*

² Sie schliessen mit weiteren Leistungserbringern Verträge ab, die insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Koordination regeln. (*Rest streichen*)

^{2bis} Sie verfügen über einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern.

^{2ter} Die Versicherer müssen den Versicherten eine Liste der Leistungserbringer, mit denen sie einen Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen haben, zugänglich machen. Sie müssen jede Änderung der Liste veröffentlichen. Die Versicherten müssen jederzeit in die aktualisierte Liste Einsicht nehmen können.

^{2quater} Die Versicherer müssen den kantonalen Stellen die Liste der Leistungserbringer übermitteln, mit denen sie einen Zusammenarbeitsvertrag geschlossen haben.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

³ Der Kanton legt im Leistungsauftrag nach Absatz 1 Buchstabe h insbesondere die vom Netzwerk zu erbringenden Leistungen sowie den zeitlichen und örtlichen Tätigkeitsbereich fest. Umfasst der Tätigkeitsbereich des Netzwerks mehr als einen Kanton, so sprechen sich die betreffenden Kantone ab und legen einen gemeinsamen Leistungsauftrag fest.

(Mehrheit)

^{2quinquies} Der Leistungserbringer muss die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden dürfen, weil kein Zusammenarbeitsvertrag nach Absatz 2^{bis} besteht. Sofern dies unterlassen wird, besteht kein zivilrechtlicher Honoraranspruch.

(Minderheit (Dittli, ...))

³ Stellt der Kanton fest, dass ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist und eine kostengünstige Versorgung in der notwendigen Qualität gewährleistet, so kann er verfügen, dass dieses auch ohne Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern nach Absatz 2^{bis} zugelassen ist.

(siehe Art. 35 Abs. 2 Bst. o, Art. 36, Art. 36a Abs. 1, Art. 38 Abs. 1 und 2, Art. 48a, Art. 55a Abs. 1 Bst. b Ziff. 3 und Abs. 5 Bst. b, Art. 64 Abs. 6 Bst. e sowie Ziff. III Übergangsbestimmungen Abs. 1)

Geltendes Recht	Bundesrat	Nationalrat	Kommission des Ständerates	
Art. 38 Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Aufsicht	<i>Art. 38 Abs. 1 und 2 Einleitungsteil</i>	<i>Art. 38</i>	<i>Art. 38</i>	
		<i>Streichen (= gemäss geltendem Recht)</i> <i>(siehe Art. 37a, ...)</i>	Mehrheit <i>Gemäss Bundesrat</i> <i>(siehe Art. 37a, ...)</i>	Minderheit (Dittli, ...) <i>Gemäss Nationalrat (= streichen)</i> <i>(siehe Art. 37a, ...)</i>
<p>¹ Jeder Kanton bezeichnet eine Behörde, die die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n beaufsichtigt.</p> <p>² Die Aufsichtsbehörde trifft die Massnahmen, die für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36a und 37 nötig sind. Bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen kann sie folgende Massnahmen anordnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine Verwarnung; b. eine Busse bis zu 20 000 Franken; c. den Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums für längstens ein Jahr (befristeter Entzug); d. den definitiven Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums. <p>³ Die Versicherer können der Aufsichtsbehörde in begründeten Fällen den Entzug der Zulassung beantragen. Die Aufsichtsbehörde trifft die erforderlichen Massnahmen.</p>	<p>¹ Jeder Kanton bezeichnet eine Behörde, die die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m, n und o beaufsichtigt.</p> <p>² Die Aufsichtsbehörde trifft die Massnahmen, die für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36a–37a nötig sind. Bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen kann sie folgende Massnahmen anordnen:</p>			

Geltendes Recht**Art. 41** Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

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

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

Bundesrat**Art. 41 Abs. 1^{bis}, 2^{bis} Einleitungssatz, 2^{ter} und 3^{bis} Einleitungssatz**

^{1bis} Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif richtet sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, insbesondere wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen festzulegen sind.

Nationalrat**Kommission des Ständerates****Art. 41**

^{1bis} ...

... Referenztarife fest. Diese richten sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, insbesondere wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen festzulegen sind. Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig (Art. 49a) wie folgt:

- a. nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals;
- b. nach dem Tarif des gewählten Leistungserbringers, sofern:
 1. ein Notfall vorliegt, oder

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

1ter Absatz 1^{bis} gilt sinngemäss für Geburtshäuser

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

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

- a. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige;
- b. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufhaltern und Kurzaufenthalterinnen;
- c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.

^{2bis} Bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, übernehmen der Versicherer und der Kanton, an den die versicherte Person einen Anknüpfungspunkt hat, bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung nach dem Referenztarif nach Absatz 1^{bis}, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals:

2. der Wohnkanton die Behandlung beim gewählten Leistungserbringer vorgängig bewilligt hat; er erteilt die Bewilligung, wenn kein Spital auf seiner Spitalliste die erforderlichen Leistungen anbietet.

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

² ...

..., in

Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen, ...

^{2bis} Absatz 1^{bis} gilt sinngemäss für die Übernahme der Vergütung bei stationärer Behandlung in einem Listenspital bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen:

Geltendes Recht

^{2ter} Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif für die betreffende Behandlung, der in einem Listenspital des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest.

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

Bundesrat

^{2ter} Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung nach dem Referenztarif nach Absatz ^{1bis}, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest.

Nationalrat**Kommission des Ständerates**

^{2ter} Bei Versicherten nach Absatz ^{2bis} gilt der Kanton, an den sie einen Anknüpfungspunkt haben, als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.

^{2quater} Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung nach dem Referenztarif nach Absatz ^{1bis} des Referenzkantons, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. Liegt ein Notfall vor, so übernehmen der Versicherer und die Kantone gemeinsam die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton des Leistungserbringers gilt.

³ *Aufgehoben*

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

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

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

^{3bis} Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

^{3bis} *Aufgehoben*

⁴ ...

... (Art. 62 Abs. 1 und 3). Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat; er muss die Kosten der Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer erteilt die besondere Gutsprache, sofern die Behandlung von den von ihm ausgewählten Leistungserbringern nicht angeboten wird.

(siehe Art. 53 Abs. 1)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 42** GrundsatzArt. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3^{ter}

Art. 42

Art. 42

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

² Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des *Tiers payant*). Im Falle der stationären Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung.

² ...

... In Abweichung von Absatz 1 schuldet der Versicherer:

- a. den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung im Fall der stationären Behandlung;
- b. die Vergütung der Leistungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Artikel 52b vorgesehen hat.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des *Tiers payant* muss der Leistungserbringer der versicherten Person unaufgefordert eine Kopie der Rechnung übermitteln, die an den Versicherer geht. Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Rechnungskopie zustellt. Die Übermittlung der Rechnung an den Versicherten kann auch elektronisch erfolgen. Bei stationärer Behandlung weist das Spital die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile je gesondert aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

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

^{3ter} Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard

³ ...

... können. Bei einer Einzelleistungstarifstruktur führt er insbesondere das Datum sowie die Zeit des Konsultationsbeginns und jene des Konsultationsendes auf. Im System des ...

³ *Streichen* (= gemäss geltendem Recht)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.

⁴ Der Versicherer kann zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.

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

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 42a** Versichertenkarte*Art. 42a Abs. 2–3^{bis}**Art. 42a*

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

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

^{2bis} Sie kann als Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier verwendet werden.

² Die Versichertenkarte wird für die Rechnungsstellung für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.

^{2bis} Sie kann verwendet werden als:

- a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015⁵ über das elektronische Patientendossier;
- b. Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern.

^{2ter} Ausserhalb des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes darf sie nur verwendet werden, wenn eine formelle gesetzliche Grundlage dies vorsieht und wenn der Verwendungszweck und die Nutzungsberechtigten bestimmt sind.

² Die Versichertenkarte wird für die administrativen Prozesse für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet. Zudem dient sie als:

- a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier;
- b. Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern.

^{2bis} Der Bundesrat kann weitere Zwecke festlegen.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

³ Der Bundesrat regelt das Format der Versichertenkarte. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in elektronischer Form ausgestellt wird.

³ Der Bundesrat regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der elektronischen und der physischen Versichertenkarte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Standards. Er kann den Zeitpunkt festlegen, ab welchem die Versichertenkarte in elektronischem Format abzugeben ist. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in physischer Form ausgestellt wird.

^{3bis} Er regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Standards.

^{3bis} *Streichen*

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

Art. 46 Tarifvertrag**Art. 46 Abs. 1^{bis}**

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

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

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

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

^{1bis} *Betrifft nur den französischen Text.*

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

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

Art. 48a Verträge über die Finanzierung der Zusatzkosten in Netzwerken zur koordinierten Versorgung

Art. 48a

Art. 48a

Streichen
(siehe Art. 37a, ...)

Mehrheit

Gemäss Bundesrat, aber: ...

Minderheit (Dittli, ...)

Gemäss Nationalrat (= streichen)
(siehe Art. 37a, ...)

¹ Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung schliessen mit den Versicherern oder deren Verbänden Verträge ab, die die Finanzierung der Zusatzkosten aufgrund der Koordination komplexer Fälle regeln.

² Die Verträge müssen den Umfang der kantonalen Leistungsaufträge berücksichtigen.

³ Artikel 46 Absatz 4 gilt für diese Verträge nicht.

⁴ Der Bundesrat kann die Mindestanforderungen an die Verträge festlegen.

² **Streichen**

(siehe Art. 37a, ...)

Geltendes Recht	Bundesrat	Nationalrat	Kommission des Ständerates
Art. 52 Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände	<i>Art. 52 Abs. 1 Einleitungssatz</i>	<i>Art. 52</i>	<i>Art. 52</i>
1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:	1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 und 43 Absatz 6:		1 ...
a. erlässt das EDI:			a. ...
1. eine Liste der Analysen mit Tarif,			
2. eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin,			
3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die nach den Artikeln 25 Absatz 2 Buchstabe b und 25a Absätze 1 und 2 verwendet werden;			3. ...
			... nach den Artikeln 25 Absatz 2 Buchstabe b und 25a Absätze 1 und 2 und 29 Absatz 2 Buchstabe f und Absatz 3 Buchstabe b verwendet werden;
b. erstellt das BAG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste).			(siehe Art. 29, ...)
			Mehrheit
			Minderheit (Müller Damian, ...)
			^{1bis} Die Wirksamkeit ist für vom Schweizerischen Heilmittelinstitut zugelassene Arzneimittel ohne weitere Prüfung oder Überprüfung durch das BAG gegeben.
			(siehe Art. 32 Abs. 1-1 ^{quater})
			(siehe Art. 32 Abs. 1-1 ^{quater})

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

³Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen gemäss Absatz 1 verrechnet werden. Das EDI bezeichnet die im Praxislaboratorium des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann. Es kann zudem die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände nach Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 bezeichnen, für die ein Tarif nach Artikel 46 vereinbart werden kann.

² ...

... nach Artikel 14^{ter} Absatz 5 und Artikel 14^{sexies} des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 ...

(siehe Art. 52d, ...)

⁴Das BAG kann Arzneimittel der Liste gemäss Absatz 1 Buchstabe b von der periodischen Überprüfung gemäss Artikel 32 Absatz 2 ganz ausnehmen, wenn diese einen geringen Umsatz aufweisen oder die Versorgung gefährdet ist.

(siehe Art. 32 Abs. 3)

Mehrheit

⁴ *Streichen*

(siehe Art. 32 Abs. 3)

Minderheit (Müller Damian, ...)

⁴ *Gemäss Nationalrat*

(siehe Art. 32 Abs. 3)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 52b** Rückerstattungen

¹ Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem Versicherer oder dem Fonds nach Artikel 18 Absatz 2^{septies} Buchstabe b zurückzuerstatten.

² Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 14^{ter} Absatz 5 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959⁶ über die Invalidenversicherung kann das zuständige Bundesamt, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem Versicherer oder dem Fonds zurückzuerstatten.

³ Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.

⁴ Der Bundesrat regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen vorgesehen werden können;
- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattungen;

Art. 52b

¹ ...

... kann das BAG auf Antrag der Zulassungsinhaberin, soweit dies ...

² ...

... das zuständige Bundesamt auf Antrag der Zulassungsinhaberin, soweit dies ...

(siehe 1. IVG Art. 14^{quater} Abs. 1 und 2)

Art. 52b

¹ ...

... kann das BAG ausnahmsweise, soweit dies ...

² ...

... das zuständige Bundesamt ausnahmsweise, soweit dies ...

(siehe 1. IVG Art. 14^{quater} Abs. 1 und 2)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

- c. die Aufteilung der dem Fonds einbezahlten Beträge zwischen den Versicherern und den Kantonen;
- d. die Verwaltungskosten des Fonds.

⁵ Das BAG kann Organen der Krankenversicherung, Organen einer anderen Sozialversicherung und weiteren Personen, Stellen und Behörden die mit Rückerstattungen verbundenen Daten bekannt geben, die für die Wahrnehmung der Rückerstattungsansprüche oder aus einem anderen Grund für den Vollzug dieses Gesetzes erforderlich sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Bekanntgabe.

⁶ Beschwerden von Versicherern oder von Kantonen gegen Verfügungen nach den Absätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

Art. 52c Vertraulichkeit von Informationen betreffend Rückerstattungen

Art. 52c

Art. 52c

¹ Informationen zur Höhe, zur Berechnung oder zu den Modalitäten von Rückerstattungen an die Versicherer oder an den Fonds für Rückerstattungen gestützt auf Tarifverträge, Vereinbarungen oder Verfügungen des BAG dürfen Dritten nicht zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch für Rückerstattungsvereinbarungen, die den zuständigen Behörden im Rahmen von Genehmigungsverfahren im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 bekannt gegeben werden.

² Die zuständige Behörde verweigert den Zugang zu Informationen nach Absatz 1 in Verfahren nach dem Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004⁷ oder entsprechenden kantonalen Regelungen.

³ Das BAG publiziert regelmässig einen von einer unabhängigen Stelle erarbeiteten Bericht über die Umsetzung der Preismodelle nach Artikel 52b.

(siehe 1. IVG Art. 14^{quinquies} Abs. 2-4, Übergangsbestimmung, Ziff. III Übergangsbestimmungen Abs. 5)

Mehrheit

¹ Der Bundesrat kann vorsehen, dass Informationen zur Höhe, ...

... oder Verfügungen des BAG Dritten nicht zugänglich gemacht werden dürfen. Dies gilt auch für Rückerstattungsvereinbarungen, die den zuständigen kantonalen Behörden ...

² Dürfen die Informationen nach Absatz 1 nicht zugänglich gemacht werden, so verweigert die zuständige Behörde den Zugang in Verfahren nach ...

(siehe 1. IVG Art. 14^{quinquies} Abs. 2-4, Übergangsbestimmung, Ziff. III Übergangsbestimmungen Abs. 5)

Minderheit (Graf Maya, Hurni, Maillard, Wasserfallen Flavia)
Streichen

(siehe 1. IVG Art. 14^{quinquies} Abs. 2-4, Übergangsbestimmung, Ziff. III Übergangsbestimmungen Abs. 5)

Geltendes Recht

Bundesrat

Nationalrat

Kommission des Ständerates

Art. 52d Vorläufige Vergütung von Arzneimitteln

Art. 52d

Mehrheit

Minderheit (Müller Damian, Dittli, Germann)

▽ *Ausgabenbremse*

¹ Produkte nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b oder neue Indikationen, für welche ein grosser medizinischer Bedarf ausgewiesen ist und die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut einen fast track Status erhalten haben, werden auf Antrag der designierten ZulassungsinhaberIn per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom BAG festgelegten provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet. Diese provisorische Liste hat dieselbe Wirkung wie die Liste gemäss Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b.

¹ ...
... ausgewiesen ist und die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut den Status für eine Behandlung im beschleunigten Verfahren erhalten haben, können auf Antrag der designierten ZulassungsinhaberIn und nach Anhören der zuständigen Kommission per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom BAG festgelegten provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet werden. (*Rest streichen*)

¹ ...
... ausgewiesen ist, namentlich Produkte oder Indikationen, welche vom Schweizerischen Heilmittelinstitut befristet, beschleunigt, in einem Verfahren mit Voranmeldung oder im Rahmen einer gemeinsamen Begutachtung unterschiedlicher Länder zugelassen werden, oder als wichtiges Arzneimittel für seltene Krankheiten ausgewiesen werden, werden auf Antrag der designierten ZulassungsinhaberIn per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom BAG festgelegten, dem Auslandpreisvergleich entsprechenden provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet. Diese provisorische Liste hat dieselbe Wirkung wie die Liste gemäss Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b.

(siehe 1. IVG Art. 14^{sexies} Abs. 1)

(siehe 1. IVG Art. 14^{sexies} Abs. 1)

² Das BAG entscheidet innerhalb von 24 Monaten nach einer provisorischen Aufnahme gemäss Absatz 1 über eine allfällige definitive Aufnahme in die Liste gemäss Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b. Das BAG geht wie folgt vor:

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

- a. ist die ZulassungsinhaberIn mit der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das BAG einverstanden, heisst das BAG die definitive Aufnahme gut;
- b. lehnt die ZulassungsinhaberIn die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das BAG ab, weist das BAG die definitive Aufnahme ab.

^{2bis} Zieht die ZulassungsinhaberIn ihr Gesuch um definitive Aufnahme eines Produkts, das auf der provisorischen Liste geführt ist, zurück oder weist das BAG die definitive Aufnahme ab, so können zurückgezogene oder zurückgewiesene Gesuche sowie der zuletzt vergütete Preis den Adressaten gemäss Artikel 52b Absatz 5 bekannt gegeben werden. Eine weitere Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Rahmen der Einzelfallvergütung von nicht mehr in den provisorischen Listen (Art. 52d Abs. 1 KVG; Art. 14^{sexies} IVG) aufgeführten Arzneimitteln ist während maximal fünf Jahren zulässig. Der Bundesrat regelt die Höhe der Vergütung, wobei maximal der Preis der provisorischen Liste wirtschaftlich ist.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

³ In beiden Fällen gemäss Absatz 2 legt das BAG die Differenz zwischen dem Preis der vorläufigen Aufnahme und dem als wirtschaftlich erachteten Preis fest. Die Zulassungsinhaberin ist verpflichtet, den während der Zeit gemäss Absatz 2 erzielten Mehrumsatz gemäss der übernommenen Finanzierung an die Krankenversicherer nach Artikel 18 Absatz 2^{septies} Buchstabe b zurückzuerstatten. Die Zulassungsinhaberin ist zur Bekanntgabe der Verkaufszahlen verpflichtet. Sollte ein Minderumsatz durch einen zu tief festgelegten provisorischen Preis resultieren, wird dieser in einer befristeten Zeit nach der definitiven Zulassung kompensiert.

⁴ Informationen zur Differenz nach Absatz 3, zum von der Zulassungsinhaberin zurückerstatteten Mehrumsatz sowie damit zusammenhängende Informationen sind vom Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004 oder entsprechenden kantonalen Regelungen ausgenommen. Artikel 52b Absatz 5 gilt sinngemäss.

⁵ Der Bundesrat erlässt Ausführungsbestimmungen. Er sieht insbesondere vor, dass das BAG und die Zulassungsinhaberin bereits vor der vorläufigen Aufnahme in einen Dialog hinsichtlich der Beurteilung der Aufnahmebedingungen treten. Die Ergebnisse solcher Vorabklärungen werden protokolliert.

³ ...

... nach der definitiven Aufnahme kompensiert.

(siehe Art. 52 Abs. 2, 1. IVG Art. 14^{ter} Abs. 3 Bst. b und b^{bis}, Art. 14^{sexies} sowie Art. 67 Abs. 1^{bis})

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

Art. 52e Ausgleich an die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei grossem Marktvolumen

¹ Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, kann die Inhaberin der Zulassung anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes an die obligatorische Krankenpflegeversicherung auszugleichen. Das BAG berücksichtigt bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen oder Umsätzen sowie die Versorgungssicherheit.

² Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 14^{ter} Absatz 5 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, kann die Inhaberin der Zulassung anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes an die obligatorische Krankenpflegeversicherung auszugleichen. Das BAG berücksichtigt bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen oder Umsätzen sowie die Versorgungssicherheit.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 53** Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht

¹ Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 47b Absatz 2, 48 Absätze 1–3, 51, 54 und 55 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

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

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

- a. Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur so weit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig.
- b. Die Artikel 22a und 53 VwVG sind nicht anwendbar.

Art. 53 Abs. 1

¹ Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 41 Absatz 1^{bis}, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 51, 54 und 55 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

³ Für die Vertraulichkeit der Ausgleiche gelten Artikel 52b Absatz 5 und Artikel 52c sinngemäss.

⁴ Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

(siehe Art. 18 Abs. 2^{septies} Bst. b sowie 1. IVG Art. 14^{septies})

Art. 53

¹ ...

... nach den Artikeln 39, 41 Absatz 1^{bis}, 45, 46 Absatz 4, 47, 47b Absatz 2, 48 Absätze 1–3, 51, 54 und 55 kann beim ...

(siehe Art. 41)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

- c. Zur Einreichung einer Vernehmlassung setzt das Bundesverwaltungsgericht eine Frist von höchstens 30 Tagen. Diese kann nicht erstreckt werden.
- d. Ein weiterer Schriftenwechsel nach Artikel 57 Absatz 2 VwVG findet in der Regel nicht statt.
- e. In Beschwerdeverfahren gegen Beschlüsse nach Artikel 39 ist die Rüge der Unangemessenheit unzulässig.

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

Art. 55a Abs. 1 Bst. b Ziff. 3 und Abs. 5 Bst. b

Art. 55a

Art. 55a

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

- a. dass Ärzte und Ärztinnen nur zugelassen werden, solange die entsprechende Höchstzahl nicht erreicht ist;
- b. dass die Anzahl folgender Ärzte und Ärztinnen auf die entsprechende Höchstzahl beschränkt ist:

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

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

Streichen (= gemäss geltendem Recht)

(siehe Art. 37a, ...)

Mehrheit

*Gemäss Bundesrat
(siehe Art. 37a, ...)*

Minderheit (Dittli, ...)

*Gemäss Nationalrat (= streichen)
(siehe Art. 37a, ...)*

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****(Mehrheit)****(Minderheit (Dittli, ...))**

1. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals ausüben,
2. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n ausüben.

3. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit in einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe o ausüben.

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

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

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

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

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

- a. Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden und im ambulanten Bereich Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht haben;
- b. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals oder in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n vor Inkrafttreten der Höchstzahlen ausgeübt haben, sofern sie ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich des gleichen Spitals oder in der gleichen Einrichtung weiter ausüben.

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

(Mehrheit)**(Minderheit (Dittli, ...))**

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 56** Wirtschaftlichkeit der Leistungen

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

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

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

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

Art. 56

^{1bis} Zur Sicherstellung der Massnahmen gemäss Absatz 1 können die Versicherer die bei ihnen versicherten Personen individuell informieren über deren bezogene Leistungen, über Massnahmen zur Verhütung von Krankheiten und über Angebote, die auf eine verbesserte Wirtschaftlichkeit und Koordination der medizinischen Leistungserbringung abzielen, sowie mit deren Einverständnis den Leistungserbringern Informationen über die von den Versicherten bezogenen Leistungen zur Verfügung stellen.

(siehe Art. 84 Bst. j)

Art. 56

^{1bis} *Streichen*

(siehe Art. 56a, ...)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

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

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

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

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 56a** Gezielte Informationen der Versicherten

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

² Die Versicherer informieren die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme über den Zweck der spezifischen Information gemäss Absatz 1 und weisen die Versicherten auf die Freiwilligkeit zu deren Erhalt sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerspruchs hin.

(siehe Art. 56 Abs. 1^{bis} und Art. 84 Abs. 1 Bst. j)

Art. 64

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

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

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

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

Art. 64 Abs. 6 Bst. d und 7 Bst. b

Art. 64

Art. 64

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

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

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

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

⁶ Der Bundesrat kann:

- a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen;
- b. für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;
- c. die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist;
- d. einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise ausnehmen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

⁶ Der Bundesrat kann:

- d. *Betrifft nur den französischen und italienischen Text.*

⁶ ...

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Mehrheit****Minderheit (Dittli, ...)**

- e. für Leistungen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben.

- e. *Streichen*

(siehe Art. 37a, ...)

(siehe Art. 37a, ...)

⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

⁷ ...

⁷ ...

- a. Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2;

- a. Leistungen nach Artikel 29 Absätze 2 und 3;

(siehe Art. 29, ...)

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

- b. Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die ab ärztlich bestimmtem Beginn der Schwangerschaft mittels Ultraschall, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft oder dem Ende der Schwangerschaft erbracht werden.

- b. ...
..., die ab Beginn der durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen bestimmten Schwangerschaft, während der Niederkunft ...

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

Geltendes Recht	Bundesrat	Nationalrat	Kommission des Ständerates
Art. 84 Bearbeiten von Personendaten		Art. 84	Art. 84
<p>¹ Die mit der Durchführung oder mit der Kontrolle oder Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG betrauten Organe sind befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz oder nach dem KVAG übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich um:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen; b. die Prämien zu berechnen und zu erheben; c. Leistungsansprüche zu beurteilen sowie Leistungen zu berechnen, zu gewähren und mit Leistungen anderer Sozialversicherungen zu koordinieren; d. den Anspruch auf Prämienverbilligungen nach Artikel 65 zu beurteilen sowie die Verbilligungen zu berechnen und zu gewähren; e. ein Rückgriffsrecht gegenüber einem haftpflichtigen Dritten geltend zu machen; f. die Aufsicht über die Durchführung dieses Gesetzes auszuüben; g. Statistiken zu führen; h. die AHV-Nummer zuzuweisen oder zu verifizieren; i. den Risikoausgleich zu berechnen. 	

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

²Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind sie darüber hinaus befugt, Personen-
daten, die namentlich die Beurteilung
der Gesundheit, der Schwere des
physischen oder psychischen Lei-
dens, der Bedürfnisse und der wirt-
schaftlichen Situation der versicher-
ten Person erlauben, zu bearbeiten
oder bearbeiten zu lassen.

j. Massnahmen nach Artikel 56
Absatz 1^{bis} sicherzustellen und
entsprechende Informationen
abzugeben.

(siehe Art. 56 Abs. 1^{bis})

j. die Versicherten gezielt über
kostengünstigere Leistungen, die
Wahl von geeigneten besonderen
Versicherungsformen und präven-
tive Massnahmen zu informieren.

(siehe Art. 56a, ...)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

II

Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.

III

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

¹ Bis sich ein Verband der Netzwerke zur koordinierten Versorgung gebildet hat, schliessen die Netzwerke zur koordinierten Versorgung einzeln Verträge über die Qualitätsentwicklung mit den Verbänden der Versicherer nach Artikel 58a ab.

² Die kantonalen Referenztarife für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen müssen spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Anforderungen nach Artikel 41 Absatz 1^{bis} entsprechen.

³ Können sich die Parteien nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... auf einen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen nach Artikel 42 Absatz 3^{ter} einigen, so legt der Bundesrat den Standard fest.

⁴ Beträge, die die Inhaberinnen der Zulassung als Rückerstattungen infolge der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste gemäss bisherigem Recht dem Insolvenzfonds zurückerstattet haben, werden beim Inkrafttreten der Änderung vom ... dem Fonds für Rückerstattungen nach Artikel 18 Absatz 2^{septies} Buchstabe b KVG übertragen.

III

¹ *Streichen*
(siehe Art. 37a, ...)

III

Mehrheit

¹ *Gemäss Bundesrat*
(siehe Art. 37a, ...)

Minderheit (Dittli, ...)

¹ *Gemäss Nationalrat (= streichen)*
(siehe Art. 37a, ...)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

⁵ Artikel 52c gilt auch für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom ... hängigen Verfahren um Zugang zu amtlichen Dokumenten.

(siehe Art. 52c, ...)

Mehrheit

(siehe Art. 52c, ...)

Mehrheit

⁶ Der Bundesrat wird beauftragt, die nationale ambulante Tarifstruktur dahingehend zu ändern, dass eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils festgelegt wird. Diese Änderung setzt er nach Konsultation der Tarifpartner per 1. Januar 2025 um.

Minderheit (Graf Maya, ...)

⁵ *Streichen*

(siehe Art. 52c, ...)

Minderheit (Germann, Dittli)

⁶ *Streichen*

IV

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates***Anhang*
(Ziff. II)*Anhang*
(Ziff. II)*Anhang*
(Ziff. II)**Änderung anderer Erlasse**Die nachstehenden Erlasse werden
wie folgt geändert:**1. Bundesgesetz vom
19. Juni 1959⁸ über die
Invalidenversicherung****1. ...****1. ...****Art. 14** Umfang der medizinischen Massnahmen und Voraussetzungen für die Leistungsübernahme*Art. 14 Abs. 2*¹ Die medizinischen Massnahmen umfassen:

- a. die Behandlungen und die dazugehörenden Untersuchungen, die ambulant oder stationär, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von:
 - 1. Ärztinnen oder Ärzten,
 - 2. Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren,
 - 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes beziehungsweise einer Chiropraktorin oder eines Chiropraktors Leistungen erbringen;
- b. medizinische Pflegeleistungen, die ambulant erbracht werden;

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

- c. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
- d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;
- e. den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung;
- f. die Leistung der Apothekerinnen und Apotheker bei der Abgabe von nach Buchstabe c verordneten Arzneimitteln;
- g. die medizinisch notwendigen Transportkosten.

² Die medizinischen Massnahmen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.

³ Die Versicherung übernimmt keine Kosten für logopädische Massnahmen.

⁴ Beim Entscheid über die Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Behandlungen ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.

² Für medizinische Massnahmen gilt Artikel 32 KVG⁹ sinngemäss. Ihre Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

Art. 14^{bis} Kostenvergütung für stationäre Behandlungen

¹ Die Kostenvergütung für stationäre Behandlungen im Sinne von Artikel 14 Absatz 1, die in einem nach Artikel 39 KVG zugelassenen Spital erbracht werden, wird zu 80 Prozent durch die Versicherung und zu 20 Prozent durch den Wohnkanton des Versicherten geleistet. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt im Spital.

² Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG gilt sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die dieser nach Absatz 1 geleistet hat.

Art. 14^{ter} Bezeichnung der Leistungen

¹ Der Bundesrat bestimmt:

- a. die Voraussetzungen der medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 12 Absatz 3;
- b. die Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Artikel 13 gewährt werden;
- c. die medizinischen Pflegeleistungen, für die die Kosten übernommen werden.

² Er kann vorsehen, dass die Kosten für medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 12 übernommen werden, die den Grundsätzen nach Artikel 14 Absatz 2 nicht entsprechen, wenn diese Massnahmen für die Eingliederung notwendig sind. Er bestimmt Art und Umfang der Massnahmen.

Art. 14^{bis} Sachüberschrift (Betrifft nur den französischen Text.) und Abs. 1 erster Satz

¹ Betrifft nur den französischen Text.

Art. 14^{ter}

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

³ Er kann die Vergütung von Arzneimitteln regeln, die:

- a. angewendet werden:
 1. ausserhalb der durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zugelassenen Fachinformation, oder
 2. ausserhalb des Indikationsbereichs, der in der Spezialitätenliste oder in der gestützt auf Absatz 5 erstellten Liste festgehalten ist;
- b. in der Schweiz zugelassen sind, jedoch nicht in der Spezialitätenliste oder in der gestützt auf Absatz 5 erstellten Liste aufgenommen sind; oder

- c. in der Schweiz nicht zugelassen sind.

⁴ Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) oder dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) übertragen.

³ ...

b. ...

... erstellten Liste oder in den provisorischen Listen nach Artikel 52d Absatz 1 KVG oder Artikel 14^{sexies} Absatz 1 aufgenommen sind; oder

b^{bis}. aufgrund der in Artikel 14^{sexies} Absatz 2^{bis} oder Artikel 52d Absatz 2^{bis} KVG genannten Gründen nicht mehr in den provisorischen Listen nach Artikel 14^{sexies} oder Artikel 52d Absatz 1 KVG aufgeführt sind. Eine weitere Vergütung ist während maximal fünf Jahren zulässig. Der Preis der provisorischen Liste darf dabei nicht überschritten werden; oder

(siehe Art. 52d, ...)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

⁵ Das zuständige Bundesamt erstellt eine Liste der Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen nach Artikel 13, einschliesslich der Höchstpreise, sofern sie nicht bereits auf der Spezialitätenliste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG aufgeführt sind.

*Einfügen vor dem Gliederungstitel
//bis*

Art. 14^{quater} Rückerstattungen

¹ Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 14ter Absatz 5 kann das zuständige Bundesamt, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten.

² Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG kann das Bundesamt für Gesundheit, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises oder der Kosten dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten.

³ Der Bundesrat regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen vorgesehen werden können;

Art. 14^{quater}

¹ ...

... das zuständige Bundesamt auf Antrag der Zulassungsinhaberin, soweit dies ...

² ...

... das Bundesamt für Gesundheit auf Antrag der Zulassungsinhaberin, soweit dies ...

(siehe Art. 52b Abs. 1 und 2)

Art. 14^{quater}

¹ ...

... das zuständige Bundesamt ausnahmsweise, soweit dies ...

² ...

... das Bundesamt für Gesundheit ausnahmsweise, soweit dies ...

(siehe Art. 52b Abs. 1 und 2)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattungen;
- c. die Aufteilung der dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 einbezahlten Beträge zwischen der Invalidenversicherung und den Kantonen aufgrund der Kostenvergütung von stationären Behandlungen nach Artikel 14^{bis}.

⁴ Beschwerden von Versicherern nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014¹⁰ oder von Kantonen gegen Verfügungen nach den Absätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.

10 SR 832.12

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

Art. 14^{quinquies} Bekanntgabe und Vertraulichkeit von Informationen betreffend Rückerstattungen

Art. 14^{quinquies}

Art. 14^{quinquies}

¹ Das zuständige Bundesamt kann Organen der Invalidenversicherung, Organen einer anderen Sozialversicherung und weiteren Personen, Stellen und Behörden die mit Rückerstattungen verbundenen Daten bekannt geben, die für die Wahrnehmung der Rückerstattungsansprüche oder aus einem anderen Grund für den Vollzug dieses Gesetzes erforderlich sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Bekanntgabe.

² Informationen nach Absatz 1 dürfen Dritten nicht zugänglich gemacht werden.

³ Die zuständige Behörde verweigert den Zugang zu Informationen nach Absatz 1 in Verfahren gemäss dem Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004¹¹ oder entsprechenden kantonalen Regelungen.

⁴ Das zuständige Bundesamt publiziert regelmässig einen von einer unabhängigen Stelle erarbeiteten Bericht über die Umsetzung der Preismodelle nach Artikel 14^{quater}.
(siehe Art. 52c, ...)

Mehrheit

² Der Bundesrat kann vorsehen, dass Informationen nach Absatz 1 Dritten nicht zugänglich gemacht werden dürfen.

³ Dürfen die Informationen nach Absatz 1 nicht zugänglich gemacht werden, so verweigert die zuständige Behörde den Zugang in Verfahren gemäss dem Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004 oder entsprechenden kantonalen Regelungen.

(siehe Art. 52c, ...)

Minderheit (Graf Maya, ...)

² *Streichen*

³ *Streichen*

⁴ *Streichen*

(siehe Art. 52c, ...)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Mehrheit****Art. 14^{sexies}** Vorläufige Vergütung von Arzneimitteln

¹ Produkte nach Artikel 14^{ter} Absatz 5 oder neue Indikationen, für welche ein grosser medizinischer Bedarf ausgewiesen ist und die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut den Status für eine Behandlung im beschleunigten Verfahren erhalten haben, können auf Antrag der designierten Zulassungsinhaberin und nach Anhören der zuständigen Kommission per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom zuständigen Bundesamt festgelegten provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet werden.

(siehe Art. 52d Abs. 1)

² Das zuständige Bundesamt entscheidet innerhalb von 24 Monaten nach einer provisorischen Aufnahme gemäss Absatz 1 über eine allfällige definitive Aufnahme in die Liste gemäss Artikel 14^{ter} Absatz 5. Das zuständige Bundesamt geht wie folgt vor:

Minderheit (Müller Damian, ...)

¹ Produkte nach Artikel 14^{ter} Absatz 5 oder neue Indikationen, für welche ein grosser medizinischer Bedarf ausgewiesen ist, namentlich Produkte oder Indikationen, welche vom Schweizerischen Heilmittelinstitut befristet, beschleunigt, in einem Verfahren mit Voranmeldung oder im Rahmen einer gemeinsamen Begutachtung unterschiedlicher Länder zugelassen werden, oder als wichtiges Arzneimittel für seltene Krankheiten ausgewiesen werden, werden auf Antrag der designierten Zulassungsinhaberin per Datum der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zu einem vom zuständigen Bundesamt festgelegten, dem Auslandspreisvergleich entsprechenden provisorischen Preis befristet mit der Auflage einer möglichen Rückerstattungspflicht in eine provisorische Liste von vergüteten Arzneimitteln aufgenommen und vergütet. Diese provisorische Liste hat dieselbe Wirkung wie die Liste gemäss Artikel 14^{ter} Absatz 5.

(siehe Art. 52d Abs. 1)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

- a. ist die ZulassungsinhaberIn mit der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das zuständige Bundesamt einverstanden, heisst das zuständige Bundesamt die definitive Aufnahme gut;
- b. lehnt die ZulassungsinhaberIn die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch das zuständige Bundesamt ab, weist das zuständige Bundesamt die definitive Aufnahme ab.

^{2bis} Zieht die ZulassungsinhaberIn ihr Gesuch um definitive Aufnahme eines Produkts, das auf der provisorischen Liste geführt ist, zurück oder weist das zuständige Bundesamt die definitive Aufnahme ab, so können zurückgezogene oder zurückgewiesene Gesuche sowie der zuletzt vergütete Preis den Adressaten gemäss Artikel 14^{quinquies} Absatz 1 bekannt gegeben werden.

³ In beiden Fällen gemäss Absatz 2 legt das zuständige Bundesamt die Differenz zwischen dem Preis der vorläufigen Aufnahme und dem als wirtschaftlich erachteten Preis fest. Die ZulassungsinhaberIn ist verpflichtet, den während der Zeit gemäss Absatz 2 erzielten Mehrumsatz gemäss der übernommenen Finanzierung an den Ausgleichsfonds nach Artikel 79 IVG zurückzuerstatten. Die ZulassungsinhaberIn ist zur Bekanntgabe der Verkaufszahlen verpflichtet. Sollte ein Minderumsatz durch einen zu tief festgelegten provisorischen Preis resultieren, wird dieser in einer befristeten Zeit nach der definitiven Aufnahme kompensiert.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

⁴ Informationen zur Differenz nach Absatz 3, zum von der ZulassungsinhaberIn zurückerstatteten Mehrumsatz sowie damit zusammenhängende Informationen sind vom Öffentlichkeitsgesetz vom 17. Dezember 2004 oder entsprechenden kantonalen Regelungen ausgenommen. Artikel 14^{quinquies} Absatz 1 gilt sinngemäss.

⁵ Der Bundesrat erlässt Ausführungsbestimmungen. Er sieht insbesondere vor, dass das zuständige Bundesamt und die ZulassungsinhaberIn bereits vor der vorläufigen Aufnahme in einen Dialog hinsichtlich der Beurteilung der Aufnahmebedingungen treten. Die Ergebnisse solcher Vorabklärungen werden protokolliert.

(siehe Art. 52d, ...)

Art. 14^{septies} Ausgleich an die Invalidenversicherung bei grossen Marktvolumen

¹ Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 14^{ter} Absatz 5 ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, kann die InhaberIn der Zulassung anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes an die Invalidenversicherung auszugleichen. Das zuständige Bundesamt berücksichtigt bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen und Umsätzen sowie die Versorgungssicherheit.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

² Erreicht ein Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG ein grosses Marktvolumen in der Schweiz, kann die Inhaberin der Zulassung anlässlich der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen verpflichtet werden, einen angemessenen Teil des tatsächlich erzielten Umsatzes an die Invalidenversicherung auszugleichen. Das zuständige Bundesamt berücksichtigt bezüglich der Verpflichtung zum Ausgleich bereits bestehende Auflagen zu Mengen und Umsätzen sowie die Versorgungssicherheit.

³ Für die Vertraulichkeit der Ausgleiche gilt Artikel 14^{quinquies} sinngemäss.

⁴ Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

(siehe Art. 52e, ...)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

*Einfügen nach dem Gliederungstitel
||bis*

Art. 14^{quater}

¹ Anspruch auf Beratung und Begleitung hat die versicherte Person und ihr Arbeitgeber, sofern:

- a. die versicherte Person Anspruch auf eine Eingliederungsmassnahme nach Artikel 8 Absatz 3 Buchstabe a^{ter} oder b hat; oder
- b. der Anspruch der versicherten Person auf eine Rente geprüft wird.

² Der Anspruch entsteht frühestens zum Zeitpunkt, in dem die IV-Stelle feststellt, dass eine Integrationsmassnahme zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, eine Massnahme beruflicher Art oder die Prüfung des Anspruchs auf eine Rente angezeigt ist.

³ Versicherte, deren letzte Massnahme nach Absatz 1 Buchstabe a abgeschlossen ist, und deren Arbeitgeber haben ab dem die Massnahme abschliessenden Entscheid der IV-Stelle noch während längstens drei Jahren Anspruch auf Beratung und Begleitung.

⁴ Versicherte, deren Rente nach Abschluss der Massnahmen nach Artikel 8a Absatz 2 aufgehoben wird, und deren Arbeitgeber haben ab dem Entscheid der IV-Stelle noch während längstens drei Jahren Anspruch auf Beratung und Begleitung.

⁵ Der Bundesrat kann Höchstbeträge festlegen, die den IV-Stellen für Beratung und Begleitung zur Verfügung stehen.

Art. 14^{sexies}

Bisheriger Art. 14^{quater}

Art. 14^{octies}

Bisheriger Art. 14^{quater}

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 27^{ter}** Rechnungsstellung*Art. 27^{ter} Abs. 1 dritter und vierter Satz sowie Abs. 3*

¹ Der Leistungserbringer muss der IV-Stelle eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihr auch alle Angaben machen, die sie benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Die versicherte Person erhält eine Kopie der Rechnung.

¹ ...

... Der Bundesrat kann festlegen, welche Kategorien von Leistungserbringern auf der Rechnung die AHV-Nummer aufführen müssen. Die versicherte Person erhält eine Kopie der Rechnung.

² Bei Vergütungen mittels Fallpauschalen sind die Berechnungsgrundlagen, insbesondere die Diagnosen und Prozeduren, aufzuführen.

³ Der Bundesrat bezeichnet die Kategorien von Leistungserbringern, die ihre Rechnungen in elektronischer Form zu übermitteln haben, und den Standard für die elektronische Übermittlung.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 48** Nachzahlung von Leistungen**Art. 48 Abs. 1 und 3**

¹ Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend, so wird die Leistung in Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen.

¹ Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen oder auf Hilfsmittel mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend, so wird die Leistung in Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG¹² nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen.

² Die Leistung wird für einen längeren Zeitraum nachgezahlt, wenn die versicherte Person:

- a. den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte; und
- b. den Anspruch spätestens zwölf Monate, nachdem sie davon Kenntnis erhalten hat, geltend macht.

³ In Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG besteht bei medizinischen Eingliederungsmassnahmen kein Anspruch auf Nachzahlung von Leistungen.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****Art. 67** Kostenvergütung

¹ Die Versicherung vergütet folgende Kosten:

- a. die Betriebskosten, die den IV-Stellen einschliesslich der regionalen ärztlichen Dienste aus dem Vollzug dieses Gesetzes im Rahmen einer rationellen Betriebsführung entstehen; die Vergütung der Kosten kann von den erbrachten Leistungen und den erzielten Resultaten abhängig gemacht werden;
- b. die Kosten, die dem BSV aus den ihm vom Bundesrat nach Artikel 53 zugewiesenen Durchführungsaufgaben und aus der Wahrnehmung der Aufsicht entstehen.

^{1bis} Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Kosten, die durch die Erstellung der Liste der Arzneimittel nach Artikel 14^{ter} Absatz 5 entstehen, durch die Versicherung vergütet werden.

² Das EDI bestimmt die anrechenbaren Kosten des BSV.

Übergangsbestimmung zur Änderung ... vom ...

Artikel 14^{quinquies} Absätze 2 und 3 gilt auch für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom ... hängigen Verfahren um Zugang zu amtlichen Dokumenten.

(siehe Art. 52c, ...)

Art. 67

^{1bis} ...

... nach
Artikel 14^{ter} Absatz 5 oder Artikel
14^{sexies} entstehen, durch ...

(siehe Art. 52d, ...)

...

Mehrheit

(siehe Art. 52c, ...)

Minderheit (Graf Maya, ...)

Streichen

(siehe Art. 52c, ...)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates**

**2. Krankenversicherungs-
aufsichtsgesetz vom
26. September 2014¹³**

Art. 48 Finanzierung des Insolvenzfonds

Art. 48 Bst. c

Der Insolvenzfonds wird finanziert durch:

- a. Beiträge der Versicherer;
- b. Vermögensüberschüsse von aufgelösten Versicherern deren Vermögen und Versichertenbestand nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen worden sind;
- c. Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste resultieren und von den Pharmaunternehmen an die gemeinsame Einrichtung zurückerstattet werden;
- d. mittels Rückgriff durchgesetzte Ansprüche (Art. 52 Abs. 4).

c. Aufgehoben

13 SR 832.12

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****23.3502 Motion Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates**

vom 27. April 2023

Stärkung der koordinierten Versorgung durch Kostenwahrheit der Versicherungsmodelle im KVG

Der Bundesrat wird beauftragt, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) dahingehend anzupassen, dass zur Berechnung der Prämienrabatte nicht mehr die ordentliche Versicherung herangezogen wird.

28.09.2023. Beschluss des Nationalrates: Die Motion wird angenommen. - Geht an den Ständerat

23.3502 Motion Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates

Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates

vom 30. Januar 2024

Ablehnung der Motion

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****23.3503 Motion Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates**

vom 27. April 2023

Zugang zu Orphan Drugs

Der Bundesrat wird beauftragt, bei Orphan Drugs die institutionalisierte Koordination zwischen Swissmedic und dem Bundesamt für Gesundheit effizienter abzustimmen, sodass die Begutachtung der Wirksamkeit übereinstimmt, und dafür zu sorgen, dass gleichzeitig mit einer neuen Zulassung von Swissmedic auch eine Vergütungslösung über die Spezialitätenliste vorliegt. Dabei soll der «Orphan Drug»-Status gemäss Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a^{decies} des Heilmittelgesetzes automatisch für einen «Early Dialogue» qualifizieren.

Der Bundesrat soll ebenfalls Massnahmen ergreifen, damit Real-World-Daten besser gewürdigt werden können, um eine qualitätsbasierte Vergütung implementieren und die bei der Zulassung noch fehlenden Langzeitdaten handhaben zu können.

Dabei greift er auf das Wissen und die Erfahrung von Vertretungen der Wissenschaft, Ärzteschaft, Patientenorganisationen, Versicherern und Industrie zurück.

28.09.2023. Beschluss des Nationalrates: Die Motion wird angenommen. - Geht an den Ständerat

23.3503 Motion Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates

Anträge der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates

vom 23. April 2024

Mehrheit*Annahme der Motion*

Minderheit (Friedli Esther, Bischof, Ettlín Erich, Germann, Hegglin Peter, Wasserfallen Flavia)

Ablehnung der Motion

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Kommission des Ständerates****23.3504 Motion Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates**

vom 27. April 2023

Stärkung der koordinierten Versorgung durch Mehrjahresverträge im KVG

Der Bundesrat wird beauftragt, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) dahingehend anzupassen, dass freiwillige Mehrjahresverträge zwischen Krankenversicherern und Versicherten ermöglicht werden.

28.09.2023. Beschluss des Nationalrates: Die Motion wird angenommen. - Geht an den Ständerat

23.3504 Motion Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates**Anträge der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates**

vom 30. Januar 2024

Mehrheit*Ablehnung der Motion***Minderheit** (Dittli, Bischof, Gapany, Salzmann)*Annahme der Motion*