

23.048 *n* Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung (Datenaustausch, Risikoausgleich)

Geltendes Recht

Entwurf des Bundesrates

Beschluss des Nationalrates

Beschluss des Ständerates

vom 9. Juni 2023

vom 14. Dezember 2023

vom 27. Februar 2024

*Zustimmung zum Entwurf,
wo nichts vermerkt ist*

*Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates,
wo nichts vermerkt ist*

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Datenaustausch, Risikoausgleich)

Änderung vom ...

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen
Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates
vom 9. Juni 2023¹,
beschliesst:*

¹ BBl 2023 1545

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat**

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

Art. 3 Versicherungspflichtige
 Personen

|
 Art. 3

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

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

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

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

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

⁵ Die Versicherungspflicht wird sistiert für Versicherte, die der Versicherer seit einer bestimmten Anzahl Monate nicht mehr kontaktieren kann. Der Bundesrat legt die Anzahl Monate fest und regelt das Verfahren.

(siehe Art. 6b Abs. 1 Bst. c und Abs. 4, Art. 16a Abs. 1 Bst. d und Abs. 4)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat**

Art. 6b Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern

¹ Die Kantone und die Versicherer tauschen nach einem einheitlichen Standard die Daten aus, die erforderlich sind, um:

- a. die Einhaltung der Versicherungspflicht zu überprüfen;
- b. zu vermeiden, dass Personen bei mehreren Versicherern versichert sind.

² Die Kantone melden den Versicherern Personen, die bei mehreren Versicherern versichert sind.

³ Der Bundesrat regelt die Einzelheiten des einheitlichen Standards nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.

Art. 6b

¹ ...

- c. zu vermeiden, dass Personen, welche der Versicherer seit einer bestimmten Anzahl Monate nicht mehr kontaktieren kann, weiterhin versichert sind.

⁴ Der Bundesrat legt die Anzahl Monate nach Absatz 1 Buchstabe c fest.

Art. 6b

(siehe Art. 3 Abs. 5, ...)

Art. 16 Grundsatz

Art. 16 Abs. 4 zweiter Satz und 5

Art. 16

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

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

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat**

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

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

4 ...

... Der Bundesrat legt diese weiteren Indikatoren fest.

⁵ *Aufgehoben*

Art. 16a Versichertenbestand

¹ Zum für den Risikoausgleich massgebenden Versichertenbestand gehören alle Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Ausnahme folgender Versicherten:

- a. Versicherte, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres unter 19 Jahre alt sind (Kinder);
- b. Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, die sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen;
- c. Versicherte, die gestützt auf das Übereinkommen vom 30. November 1979³ über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer der schweizerischen Krankenversicherung unterstellt sind;
- d. Versicherte, die der Versicherer seit einer bestimmten Anzahl Monate nicht mehr kontaktieren kann.

² Die Kantone und die Versicherer tauschen nach einem einheitlichen Standard die Daten aus, die erforderlich sind, um den Versicherten-

³ SR 0.831.107

^{3bis} Die Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge erfolgt nach Abzug der Beiträge des Kantons und des Bundes an die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 60.

(siehe Ziff. II Abs. 3)

Art. 16a

1 ...

- d. Versicherte, deren Versicherungspflicht nach Artikel 3 Absätze 4 und 5 sistiert ist.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat**

bestand nach Absatz 1 Buchstabe b festzulegen. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.

³ Die Verwaltungsbehörden der Gemeinden sowie, subsidiär, des Bundes geben den Versicherern auf schriftliche Anfrage hin kostenlos die Daten bekannt, die für die Ermittlung der Versicherten nach Absatz 1 Buchstabe b notwendig sind.

⁴ Der Bundesrat legt die Anzahl Monate nach Absatz 1 Buchstabe d fest.

⁵ Versicherte, die im Ausland wohnen, werden für die Berechnung des Risikoausgleichs einem Kanton zugeordnet. Der Bundesrat legt fest, wie sie einem Kanton zuzuordnen sind.

⁴ *Streichen*
(siehe Art. 3 Abs. 5, ...)

Art. 16a Entlastung**Art. 16b***Bisheriger Art. 16a*

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

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

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

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat**

Art. 17 Massgebende Elemente für die Berechnung des Risikoausgleichs

Art. 17 Abs. 4 und 5

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

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

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

⁴ Bei einer versicherten Person, die im Ausland wohnt, werden die vom Bundesrat festgelegten weiteren Indikatoren auf der Grundlage einer Referenzgruppe angewendet, die aus Versicherten in der Schweiz gebildet wird, die derselben Altersgruppe und demselben Geschlecht angehören. Der Bundesrat legt die Kriterien zur Bestimmung der Referenzgruppe fest.

⁵ Bei einer versicherten Person nach Absatz 4 wird bei der Berechnung der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrags nur der Anteil an den gesamten Leistungen des Versichertenbestands des betreffenden Wohnsitzstaats berücksichtigt, den dieser Versichertenbestand in der Schweiz in Anspruch genommen hat. Ist der Versichertenbestand im Wohnsitzstaat klein, so kann der Anteil der in der Schweiz in Anspruch genommenen Leistungen für mehrere kleine Versichertenbestände gemeinsam bestimmt werden. Der Bundesrat legt die Einzelheiten der Bestimmung des Anteils fest.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat****Art. 17a** Durchführung

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

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

³ Der Bundesrat regelt:

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

Art. 17a Abs. 1

¹ Die gemeinsame Einrichtung führt innerhalb der einzelnen Kantone den Risikoausgleich unter den Versicherern für alle Versicherten durch, die zum Versichertenbestand nach Artikel 16a Absatz 1 gehören.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat****Art. 23** Statistiken

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

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

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

Art. 23

^{1bis} Insbesondere erhebt das Bundesamt für Statistik die nach Leistungsart und nach Leistungserbringer aggregierten Kosten der versicherten Personen nach Nationalität.

^{1bis} *Streichen*

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat****Art. 49a** Abgeltung der stationären Leistungen**Art. 49a Abs. 5**

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

² Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil für folgende Personen:

- a. Versicherte, die im Kanton wohnen;
- b. folgende Versicherte, die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, bei stationärer Behandlung in der Schweiz:
 1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige,
 2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltserinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen,
 3. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.

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

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

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat**

^{3bis} Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen die Kantone bei stationärer Behandlung in der Schweiz gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil. Dieser kantonale Anteil wird auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt.

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

⁵ Die Kantone und die Versicherer tauschen nach einem einheitlichen Standard die Daten aus, die für die Bestimmung des Wohnorts der versicherten Person erforderlich sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.

Art. 61 Grundsätze**Art. 61 Abs. 5**

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

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

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat**

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

^{3bis} Der Bundesrat kann die Prämienermässigungen nach Absatz 3 festlegen.

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

⁵ ...

⁵ Die Kantone und die Versicherer tauschen nach einem einheitlichen Standard die Daten aus, die für die Bestimmung des Wohnorts der versicherten Person erforderlich sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat****Art. 65** Prämienverbilligung durch die Kantone**Art. 65****Art. 65**

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

^{1bis} Für untere und mittlere Einkommen verbilligen die Kantone die Prämien der Kinder um mindestens 80 Prozent und die Prämien der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent.

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

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

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

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat**

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

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

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

⁶ ...

... die begünstigten Versicherten. Diese Angaben umfassen auch die Nationalität. Der Bundesrat erlässt ...

⁶ *Streichen*
(= gemäss geltendem Recht)

Geltendes Recht**Bundesrat****Nationalrat****Ständerat**

Art. 105a Versichertenbestand im Risikoausgleich

Art. 105a

Aufgehoben

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

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

³ Zur Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz kann das BAG von den Versicherern Daten zu den Versicherten nach Absatz 1 verlangen.

II

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

II

³ Artikel 16 Absatz 3^{bis} tritt nicht vor der Änderung vom 22. Dezember 2023¹ des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) in Kraft.

(siehe Art. 16 Abs. 3^{bis})