

prio.swiss, Waisenhausplatz 25, 3011 Bern

Eingereicht per E-Mail an:
Bundesamt für Gesundheit
- aufsicht@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Bern, 25. Juni 2026

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV): Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern; nicht kontaktierbare Versicherte; Stellungnahme prio.swiss

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, uns im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV): «Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern; nicht kontaktierbare Versicherte» äussern zu können.

Bereits vor einem Jahr (Juni 2025) wurde eine Vernehmlassung zum Thema nicht kontaktierbare Versicherte (zusammen mit anderen Themen wie Mehrfachversicherte, Wohnsitz, Ausländer im Risikoausgleich, Überprüfung Versichertenpflicht) durchgeführt. prio.swiss bedauert, dass im Begleitschreiben und in den Erläuterungen zur vorliegenden Vernehmlassung nicht thematisiert wird, weshalb das Thema nicht kontaktierbare Versicherte nochmals in Vernehmlassung gegeben wurde. Diese Doppelarbeit ist ungünstig und nicht zielführend.

Bestehende Informationen und Prozesse unbedingt nutzen

Zu prüfen ist unbedingt, ob die relevanten Informationen bereits bei anderen Organisationen vorliegen und von dort bezogen werden könnten. So führen beispielsweise die SASIS AG (santéservices) und die Gemeinsame Einrichtung KVG die Prüfung der Versicherungspflicht im Auftrag mehrerer Kantone und Gemeinden durch. Dabei sollen auch zukünftige Systeme wie das nationale Adressregister berücksichtigt werden.

Neue separate Verordnung des EDI notwendig

prio.swiss fordert eine neue und eigenständige Departementsverordnung. Eine Ergänzung der Verordnung über den Datenaustausch betreffend die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligung sowie betreffend die Prämienverbilligungen ist unangebracht. Dies insbesondere, da verschiedene Themengebiete Gegenstand des neuen vorgeschlagenen Datenaustauschs sind und diese Themen keinen inhaltlichen Zusammenhang mit Prämienverbilligung oder Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligung haben.

Zustimmung zum vereinfachten Verfahren zur Sistierung der Versicherungspflicht

prio.swiss begrüsst, dass das Verfahren zur Sistierung der Versicherungspflicht im vorliegenden Vorschlag – im Vergleich zum Vorschlag in der letztjährigen Vernehmlassung, Juni 2025 – vereinfacht wurde. Wichtig für die Versicherer ist, dass der Beginn der Sistierung in der Verordnung klar umschrieben ist. Grundsätzlich sollte der Entscheid des Kantons den Startpunkt darstellen. Es ist hervorzuheben, dass der Kanton im Verfahren eine wichtige Rolle spielt.

Er entscheidet über:

- a) die Sistierung der Versicherung
- b) die Aufhebung der Sistierung (nach Meldung der Wiederaufnahme des Kontakts durch den Versicherer)
- c) die Kündigung der Versicherung (nach Feststellung, dass die Sistierungsfrist abgelaufen ist)

Ziel ist es, die Rechtssicherheit bei der Behandlung solcher Sistierungsfälle zu gewährleisten.

Jede zurückgesandte Sendung sollte als Kontaktversuch ausreichen, nicht nur die Mahnung

Bezüglich des Nachweises des Kontaktverlusts sollte jede zurückgesandte Sendung mit dem Vermerk «Zustellversuch, Empfänger unbekannt» ausreichen, um die dreimonatige Frist auszulösen, während der der Versicherer Schritte unternimmt, um den Aufenthalt der versicherten Person wieder zu ermitteln. Eine Beschränkung der Einleitung des Sistierungsverfahrens auf die erfolglose Zustellung der Mahnung ist zu restriktiv, da dies die Versicherer in gewissen Fällen dazu verpflichten würde, eine «leere» Mahnung zu versenden, insbesondere wenn der Kontakt bereits zuvor abgebrochen ist.

Nicht nur die Mahnung auf Papier, sondern auch digitale Lösungen müssen anerkannt werden

Physische Postretouren (auf Papier) dürfen nicht zwingend sein, insbesondere da auch im Gesundheitswesen und bei den Krankenversicherern viele Prozesse digital ablaufen. Die Versicherer nutzen auch digitale Lösungen wie Swiss Post Solution (SPS), wo keine physischen Retouren erfolgen. Entsprechend sollten auch bei dieser Art der Kommunikation geeignete Nachweise für den Kontaktverlust anerkannt werden.

Der erläuternde Bericht ist zwingend mit Rückweisungsgründen zu ergänzen

Hinweise zum erläuternden Bericht, Kapitel 2.2.1, vierter Absatz (Formulierung zu den Postretouren «Zustellversuch, Empfänger ist unbekannt»): Wenn die Verordnung in der Praxis die wortwörtliche Formulierung «Zustellversuch, Empfänger ist unbekannt», gemäss erläuterndem Bericht, voraussetzt, ist sie nicht umsetzbar.

Postretouren mit exakt dieser Begründung sind äusserst selten. Die Regel sind Postretouren mit einem Vermerk «Wegzug nach unbekannt», «abgereist nach unbekannt», «Empfänger konnte unter dieser Adresse nicht ermittelt werden», «Adressat unbekannt», etc. Der erläuternde Bericht ist zwingend mit den genannten Rückweisungsgründen sowie etc. oder dem Zusatz, «oder ähnliche Formulierung» zu erweitern.

Vor der Sistierungsperiode aufgelaufene unbezahlte Prämien müssen vom Versicherer weiterhin eingefordert werden dürfen

prio.swiss ist der Ansicht, dass vor der Sistierungsperiode aufgelaufene unbezahlte Prämien vom Versicherer weiterhin eingefordert werden können sollten, unabhängig davon, dass die versicherte Person aufgrund ihres Ausschlusses den Versicherer wechseln kann. Damit wird eine gewisse Gleichbehandlung gegenüber Versicherten sichergestellt, die ihren Versicherer erst wechseln können, wenn sämtliche Prämien beglichen sind. Hierzu ist eine Regelung in der KVV aufzunehmen. Zudem sollten gemäss Art. 64a Abs. 6 KVG auch die nicht bezahlten Leistungsabrechnungen, Verzugszinsen sowie Betreuungskosten erwähnt werden. Es ist zu klären, wie der neue Versicherer den alten Versicherer wieder über das mögliche Auftauchen eines Phantomes informiert.

Leistungserbringer müssen vor Behandlung wissen, ob eine Versicherungssistierung vorliegt

prio.swiss fordert, dass auch die Leistungserbringer Zugang zur Information erhalten, ob für eine Person eine Versicherungssistierung nach Art. 10c nKVV vorliegt. Ansonsten droht die Gefahr einer unberechtigten Leistungsbeanspruchung während der Sistierung. Im Sinne der Rechtsicherheit sollen die Leistungserbringer vor Inanspruchnahme der Leistung den Status der Versicherungssistierung abfragen können.

Umgang mit bestehenden Phantomen ist unklar

Unklar ist, wie mit heute bereits existierenden Phantomen umgegangen werden darf. Da viele Versicherer bereits einen grossen Versichertenbestand an Phantomen haben, wäre ein einheitliches Vorgehen für die Versicherer hilfreich.

Allenfalls wäre zu prüfen, wie der neue Versicherer den alten Versicherer wieder über das mögliche Auftauchen informiert. Es kann trotz Sistierung vorkommen, dass vor der Sistierungszeit Prämien/Leistungen offen sind, die nicht beglichen wurden (z.B. nachträglicher Eingang Leistungsbezug in der Vorsistierungszeit, während der Übergangszeit dieser neuen Regelung oder z.B. bei ins Ausland untergetauchten Versicherten).

Diskrepanz im Verordnungstext zum erläuternden Bericht.

Das BAG hat bestätigt, dass der Wortlaut in der Verordnung stimmt und im erläuternden Bericht falsch ist. Da die nach Art. 6 Abs. 2 KVG zuständige kantonale Behörde die Versicherungspflicht aussetzt, obliegt es ihr, den Versicherer im Falle einer Aussetzung für 18 Monate zu informieren. Diese Aufgabe fällt in die Zuständigkeit der kantonalen Behörde und nicht des Versicherers, wie im erläuternden Bericht fälschlicherweise angegeben. Auch wenn es operativ einfacher wäre, wenn der Versicherer den Austritt nach 18 Monaten mitteilt und die kantonale Behörde anschliessend informiert.

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<i>I. Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:</i>		--
	<i>Gliederungstitel nach Art. 10</i> 4. Abschnitt: Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern		--
	Art. 10a <u>Das EDI legt nach Anhörung der Kantone und der Versicherer technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch über den einheitlichen Standard nach den Artikeln 6b Absatz 3, 16a Absatz 2, 49a Absatz 5 und 61 Absatz 5 KVG fest.</u>		prio.swiss begrüsst den Vorschlag, dass das BAG nach Anhörung der Kantone und der Versicherer technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch nach den Artikeln 6b Absatz 3, 16a Absatz 2, 49a Absatz 5 und 61 Absatz 5 KVG festlegt.

			<p>Zudem ist zu prüfen, ob die relevanten Informationen bereits bei anderen Organisationen vorliegen und von dort bezogen werden können. So führen beispielsweise die SASIS AGs und die Gemeinsame Einrichtung KVG die Prüfung der Versicherungspflicht im Auftrag mehrerer Kantone und Gemeinden durch. Dabei sollen auch zukünftige Systeme wie das nationale Adressregister berücksichtigt werden.</p> <p>Die Kontrolle der Versicherungspflicht könnte über den Meldeprozess 4 «Anfrage Versicherungsverhältnis» oder die Bestimmung des Versichertenbestandes über den Meldungsprozess 6 „Versichertenbestand“ im Datenaustausch Prämienverbilligung grundsätzlich bereits heute erfolgen.</p> <p>prio.swiss fordert eine neue und separate Verordnung des EDI für den neuen Datenaustausch. Die Verordnung über den Datenaustausch betreffend die Nichtbezahlung von Prämien und</p>
--	--	--	--

			<p>Kostenbeteiligung sowie betreffend die Prämienverbilligungen ist unangebracht. Dies insbesondere, da verschiedene Themengebiete Gegenstand des neuen vorgeschlagenen Datenaustauschs sind und diese Themen keinen inhaltlichen Zusammenhang mit Prämienverbilligung oder Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligung haben.</p>
<p>Art. 10a Sistierung der Versicherungspflicht</p> <p>¹ Die Sistierung der Versicherungspflicht nach Artikel 3 Absatz 4 KVG beginnt am Tag, an dem die versicherte Person dem MVG unterstellt wird.</p> <p>² Die versicherte Person ist ab Beginn der Unterstellung unter die Militärversicherung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn ihrem Versicherer meldet. Hält</p>	<p>Art. 10b (bisheriger Art. 10a) Sistierung der Versicherungspflicht von Versicherten, die der Militärversicherung unterstellt sind</p>		<p>Keine Bemerkung.</p>

<p>sie diese Frist nicht ein, so erhebt der Versicherer ab dem nächsten ihm möglichen Termin, spätestens aber acht Wochen nach der Meldung keine Prämie mehr.</p> <p>³ Die für den Militärdienst zuständige Stelle stellt sicher, dass die versicherte Person ihrem Versicherer nach Dienstantritt die voraussichtliche Dauer der Unterstellung und später allenfalls deren vorzeitige Beendigung meldet.</p> <p>⁴ Die für den Zivildienst zuständige Stelle stellt sicher, dass die versicherte Person ihrem Versicherer jede nachträgliche Änderung der Dauer der Unterstellung meldet.</p> <p>⁵ Falls trotz der Sistierung Prämien bezahlt werden, rechnet sie der Versicherer an später fällige Prämien an oder erstattet sie zurück.</p> <p>⁶ Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kann den Versicherern für die Prämienberechnung Weisungen erteilen.</p> <p>⁷ Der Versicherer muss den für die Prämienverbilligung zustän-</p>			
--	--	--	--

<p>digen kantonalen Behörden diejenigen Personen melden, deren Versicherungspflicht sistiert worden ist, und sie über die tatsächliche Dauer der Sistierung informieren.</p>			
	<p><u>Art. 10c Sistierung der Versicherungspflicht von nicht kontaktierbaren Versicherten</u></p> <p><u>¹ Kann ein Versicherer eine versicherte Person während drei Monaten nach erfolgloser Zustellung der Zahlungsaufforderung nach Artikel 105b Absatz 1 nicht kontaktieren, so informiert er die kantonale Behörde nach Artikel 6 Absatz 2 KVG darüber. Diese sistiert daraufhin die Versicherungspflicht der versicherten Person.</u></p>	<p>¹ Kann ein Versicherer eine versicherte Person während drei Monaten nachweislich nach erfolgloser Zustellung der Zahlungsaufforderung nach Artikel 105b Absatz 1 nicht kontaktieren, so informiert er die kantonale Behörde nach Artikel 6 Absatz 2 KVG darüber. Diese sistiert <i>innerhalb eines Monats</i> daraufhin die Versicherungspflicht der versicherten Person <i>ab Datum des behördlichen Entscheids</i>.</p>	<p>prio.swiss stimmt dem vereinfachten Verfahren zur Sistierung der Versicherungspflicht grundsätzlich zu.</p> <p>Mit dem engen Wortlaut (Beschränkung auf reine Inkassofälle) können die Versicherer aber viele Fälle weiterhin nicht lösen bzw. nicht sistieren, weil viele Versicherte unabhängig von der Inkassosituation nicht kontaktierbar sind.</p> <p>Wie bereits in der Anhörung 2025 angemerkt, ist für die Versicherer nicht nur der im Verordnungsentwurf (bereits damals eng) umschriebene Tatbestand relevant, sondern sämtliche Szenarien, im Rahmen dessen Versicherte anhaltend nicht mehr kontaktierbar sind bzw. sich nicht mehr melden.</p>

			<p>Die Versicherer können in diesen Situationen die Versicherungspflicht nicht klären (z.B. OKP-EU-Bilateral), die Prämie nicht korrekt berechnen bzw. anpassen oder ihrer gesetzlichen Informationspflicht nicht nachkommen.</p> <p>Bezüglich des Nachweises des Kontaktverlusts sollte zudem jede zurückgesandte Sendung (nicht nur die Mahnung) mit dem Vermerk «Zustellversuch, Empfänger unbekannt» oder ähnlich lautenden Vermerken ausreichen, um die dreimonatige Frist auszulösen, während der Versicherer Schritte unternimmt, um den Aufenthalt der versicherten Person wieder zu ermitteln.</p> <p>Eine Beschränkung der Einleitung des Sistierungsverfahrens auf die erfolglose Zustellung der Mahnung ist zu restriktiv, da dies die Versicherer in gewissen Fällen dazu verpflichten würde, eine «leere» Mahnung zu versenden, insbesondere wenn der</p>
--	--	--	---

			<p>Kontakt bereits zuvor abgebrochen ist.</p> <p>Eventualiter ist zu regeln, dass wenn der Artikel nicht auf alle nicht mehr kontaktierbaren Personen ausgedehnt wird (über das reine Inkasso hinausgehend), die erfolglose Zustellung der Zahlungsaufforderung als Stichpunkt der erfolglosen Kontaktaufnahme gilt.</p> <p>Es muss verbindlich vorgeschrieben sein, in welchem Zeitrahmen (ab Eingang des Gesuchs des Versicherers) die kantonalen Behörden die Versicherungspflicht der versicherten Person sistieren (Vorschlag: maximal ein Monat) und ab welchem genauen Zeitpunkt die Sistierung erfolgt (stringent wäre das Datum des behördlichen Entscheids, analog Abs. 4). Das genaue Datum ist wichtig für Nachfolgeprozesse bei den Versicherern (Fristberechnung oder «Aufhebung Dossier»).</p> <p>Es muss zudem sichergestellt sein, dass diese Sistierung für</p>
--	--	--	---

	<p><u>² Ist die Versicherungspflicht sistiert, so ist die Prämie nicht mehr geschuldet. Die Artikel 18 Absätze 2 und 3 der Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) sind nicht mehr anwendbar.</u></p>	<p><u>² Für Versicherte deren Prämie von einer Behörde bezahlt wird, beginnt die Sistierung ab dem Zeitpunkt der Mitteilung der Behörde an den Versicherer nach erfolglosem Kontaktversuch durch die Behörde.</u></p> <p><u>^{2,2} Ist die Versicherungspflicht sistiert, so ist die Prämie nicht mehr geschuldet. Die Artikel 18 Absätze 2 und 3 der Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) sind nicht mehr anwendbar. <u>Während der Dauer der Sistierung entfällt die Leistungspflicht des Versicherten.</u></u></p>	<p>die Versicherer kostenlos erfolgt. Insbesondere da in der heutigen Praxis viele Gemeinden bei Anfragen von Versicherern zum Wohnort einer Person Gebühren verlangen.</p> <p>Es gibt Versicherte, welche durch eine Behörde (Kanton, Gemeinde, Sozialorganisation) betreut werden und deren Prämie von der Behörde bezahlt wird (z.B. Asylsuchende, Sozialhilfebezüger usw.). Können die Behörden ihre betreuten Personen nicht mehr kontaktieren, beginnt die Sistierung ab dem Zeitpunkt der Mitteilung der Behörde an den Versicherer.</p> <p>Einverstanden. Art. 10c Abs. 2 KVV nennt nur die Prämie, die nicht mehr geschuldet ist. Auch die Leistungssistierung muss explizit genannt werden.</p> <p>prio.swiss fordert zudem, dass auch die Leistungserbringer Informationen erhalten, ob für eine Person eine Versicherungssistierung nach Art. 10c nKVV vorliegt. Ansonsten droht die</p>
--	---	--	--

	<p><u>³ Hat der Versicherer während der Sistierung der Versicherungspflicht Kontakt mit der versicherten Person, so informiert er die kantonale Behörde nach Artikel 6 Absatz 2 darüber. Diese hebt daraufhin die Sistierung auf und die Versicherungspflicht wird rückwirkend auf den Tag der Sistierung wieder aktiviert, sofern die Voraussetzungen nach Artikel 3 KVG erfüllt sind.</u></p>	<p>^{3/4} Hat der Versicherer während der Sistierung der Versicherungspflicht Kontakt mit der versicherten Person, so informiert er die kantonale Behörde nach Artikel 6 Absatz 2 darüber. Diese hebt daraufhin die Sistierung auf und die Versicherungspflicht wird rückwirkend auf den Tag der Sistierung wieder aktiviert, sofern die Voraussetzungen nach Artikel 3 KVG erfüllt sind.</p> <p>⁵ Hat die kantonale Behörde während der Sistierung der Versicherungspflicht Kontakt mit</p>	<p>Gefahr einer unberechtigten Leistungsbeanspruchung während der Sistierung.</p> <p>Im Sinne der Rechtsicherheit sollen die Leistungserbringer vor Inanspruchnahme der Leistung den Status der Versicherungssistierung abfragen können (analog zur Abfrage bezüglich eines Eintrages auf der Liste säumiger Prämienzahler, die in wenigen Kantonen noch angewendet wird).</p> <p>Wir sind einverstanden mit der Aufhebung der Sistierung, wenn die versicherte Person innerhalb einer gewissen Zeitspanne wieder auftaucht.</p> <p>Allenfalls ist im erläuternden Bericht genauer zu definieren, was «Kontakt» bedeutet. Ist damit eine Bezahlung einer offenen Prämienrechnung oder eine reine Kontaktaufnahme gemeint?</p> <p>Eine kantonale Behörde, welche eine als «nicht erreichbar» ge-</p>
--	--	---	---

	<p><u>⁴ Ist die Versicherungspflicht während 18 Monaten sistiert, so informiert die kantonale Behörde nach Artikel 6 Absatz 2 KVG den Versicherer darüber. Ab diesem Zeitpunkt schliesst der Versicherer die betroffene Person aus dem Versichertenbestand aus.</u></p> <p><u>⁵ Nimmt die betroffene Person mit ihrem ehemaligen Versicherer Kontakt auf, so wird die Versicherungspflicht auf den Zeitpunkt der Kontaktaufnahme wieder aktiviert, sofern die Voraussetzungen nach Artikel 3 KVG erfüllt sind.</u></p>	<p>der versicherten Person, so informiert sie den Versicherer darüber und hebt die Sistierung auf und die Versicherungspflicht wird rückwirkend auf den Tag der Sistierung wieder aktiviert, sofern die Voraussetzungen nach Artikel 3 KVG erfüllt sind.</p> <p>^{4G} Ist die Versicherungspflicht während 18 Monaten sistiert, so informiert die kantonale Behörde nach Artikel 6 Absatz 2 KVG den Versicherer darüber. Ab diesem Zeitpunkt schliesst der Versicherer die betroffene Person aus dem Versichertenbestand aus.</p> <p>^{5Z} Nimmt die betroffene Person mit ihrem ehemaligen Versicherer Kontakt auf, <i>nachdem sie von dessen Versichertenbestand ausgeschlossen wurde, so kann sie sich trotz nicht bezahlter Prämien bei einem Versicherer ihrer Wahl versichern, so wird die Versicherungspflicht auf den Zeitpunkt der Kontaktaufnahme</i></p>	<p>meldete versicherte Person, deren Versicherung sistiert ist, selbst wieder ausfindig macht, muss den betroffenen Versicherer von Amtes wegen darüber informieren.</p> <p>Grundsätzlich einverstanden. Die Information seitens der kantonalen Behörde zum Ausschluss aus dem Versichertenbestand sollte automatisch erfolgen.</p> <p>Eine Frist von 18 Monaten wird jedoch von den Versicherern als zu lange beurteilt. Eine deutlich kürzere Frist würde begrüsst.</p> <p>Diese Regelung ist zu wenig klar formuliert. Nachdem eine versicherte Person vom Versichertenbestand ihres ehemaligen Versicherers ausgeschlossen wurde, kann sie sich trotz nicht bezahlter Prämien bei einem Versicherer ihrer Wahl versichern.</p> <p>Da ihr Versicherungsverhältnis mit ihrem ehemaligen Versiche-</p>
--	--	---	---

	<p><u>⁶ Der Datenaustausch zwischen Versicherern und Kantonen richtet sich nach Artikel 10a.</u></p>	<p>wieder aktiviert, sofern die Voraussetzungen nach Artikel 3 KVG erfüllt sind.</p> <p><u>⁸ Vor der Sistierungsperiode aufgelaufene unbezahlte Prämien, nicht bezahlte Leistungsabrechnungen, Verzugszinsen sowie Betriebskosten können vom Versicherer weiterhin eingefordert werden, unabhängig davon, dass die versicherte Person aufgrund ihres Ausschlusses den Versicherer wechseln kann.</u></p> <p><u>^{6a} Der Datenaustausch zwischen Versicherern und Kantonen richtet sich nach Artikel 10a.</u></p>	<p>rer beendet wurde, ist es rechtlich nicht möglich, sie zu verpflichten, sich erneut bei ihm zu versichern.</p> <p>prio.swiss ist der Ansicht, dass vor der Sistierungsperiode aufgelaufene offene Forderungen vom Versicherer weiterhin eingefordert werden können sollten, unabhängig davon, dass die versicherte Person aufgrund ihres Ausschlusses den Versicherer wechseln kann. Damit wird eine gewisse Gleichbehandlung gegenüber Versicherten sichergestellt, die ihren Versicherer erst wechseln können, wenn sämtliche Prämien beglichen sind.</p>
<p>Art. 28 Daten der Versicherer</p> <p>¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro</p>	<p>Art. 28 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3 und b Ziff. 4</p> <p>¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro</p>		

<p>versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>a. soziodemografische Angaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbindungscode, 2. Alter, Geschlecht und Wohnort, 3. Risikogruppe nach Artikel 11 der Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich (VORA) und Einteilung der versicherten Person in eine pharmazeutische Kostengruppe nach Artikel 12 VORA; <p>b. Angaben zur Versicherungsdeckung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beginn und Ende der Deckungsperiode, 2. Prämieigenschaften, wie örtlicher Tätigkeitsbereich des Versicherten, Prämienregion, Kategorie der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101, Versicherungsform, Modellbezeichnung und dessen Abkürzung, Zugehörigkeit der versicherten Person zu einem 	<p>versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>a. soziodemografische Angaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Risikogruppe nach <u>Artikel 11 VORA und Einteilung der versicherten Person in eine pharmazeutische Kostengruppe nach Artikel 12 VORA</u>; <p>b. Angaben zur Versicherungsdeckung:</p>		<p>Einverstanden.</p>
---	---	--	-----------------------

<p>Haushalt mit mehreren Kindern oder jungen Erwachsenen, Prämienstufe in der Bonusversicherung, Höhe der Franchise und Unfallddeckung,</p> <p>3. Höhe der Prämie, mit und ohne Beitrag des Kantons, Prämienzuschlag nach Artikel 8, Prämienermässigungen und andere Abschläge,</p> <p>4. Angabe, ob die Versicherungsdeckung nach Artikel 3 Absatz 4 KVG sichergestellt ist oder nicht,</p> <p>5. Angabe, ob die versicherte Person dem Risikoausgleich unterstellt ist oder nicht,</p> <p>6. Mutationsgründe bezogen auf die Versicherungsdeckung, wie Eintritt und Austritt, Geburt, Tod, Versichererwechsel und interner Wechsel,</p> <p>7. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen und Kostenbeteiligung,</p> <p>8. für Versicherte mit einem Austritt in einem</p>	<p>4. Angabe, ob die Versicherungspflicht nach Artikel 3 Absatz 4 <u>oder</u> 5 KVG sichergestellt ist oder nicht,</p>		<p>Einverstanden.</p>
---	--	--	-----------------------

<p>der Vorjahre: Austrittsdatum;</p> <p>c. Angaben der Abrechnungsbelege zu den Deckungsperioden nach Buchstabe b:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belegnummer in pseudonymisierter Form, 2. Datum der Abrechnung, 3. Beginn und Ende der Behandlung, 4. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen und Kostenbeteiligung, 5. Angaben zum Leistungserbringer, wie Zahlstellenregisternummer oder Identifikationsnummer (Global Location Number, GLN), 6. Leistungsbereich, wie Krankheit, Prävention, Geburtsgebrechen, Unfall und Mutterschaft, 7. Art der Leistung, wie Behandlungsart, Tariftyp und Kostenart, 8. Höhe des in Rechnung gestellten Betrags, des vergüteten Betrags, des Franchisenteils und des Selbstbehalts, 			
--	--	--	--

<p>9. bei stationären Leistungen: Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts und Aufenthaltsdauer, 10. bei ambulanten Leistungen: Anzahl Konsultationen.</p> <p>¹bis Im Zusammenhang mit einer Vergütung nach den Artikeln 71a–71c müssen sie dem BAG jährlich pro versicherte Person weitergeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. das Eingangsdatum des Gesuchs um Kostengutsprache; b. die Indikation des Arzneimittels; c. den Namen des Arzneimittels; d. den Namen der Zulassungsinhaberin; e. die Nutzenkategorie; f. den Leistungsentscheid; g. das Datum des Leistungsentscheids; h. bei positivem Leistungsentscheid die Höhe der Vergütung. <p>² Sie müssen dem BAG alle Daten, die sie aggregiert oder pro versicherte Person weitergeben müssen, elektronisch zur Verfügung stellen. Das BAG kann sie</p>			
--	--	--	--

<p>bei Erhebungsanpassungen auf Gesuch hin davon für eine befristete Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.</p> <p>³ Die Versicherer müssen dem BAG die Daten nach Absatz 2 korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten liefern.</p> <p>⁴ Sie müssen dem BAG auf eigene Kosten regelmässig die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters weitergeben.</p> <p>⁵ Das BAG sorgt dafür, dass den Versicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht.</p> <p>⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben, die sich auf das KVG stützen, darf es die Daten verknüpfen, wenn die Anonymität der Versicherten im Sinne von Artikel 21 Absatz 3 KVG gewahrt ist.</p>			
---	--	--	--

<p>⁷ Das BAG erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1–4 zu treffenden Vorkehren.</p> <p>⁸ Die Datenverwendung im Sinne von Artikel 21 Absatz 3 KVG umfasst jede Form der Datenbearbeitung im Sinne des Datenschutzrechts des Bundes, einschliesslich der Datenbekanntgabe.</p> <p>⁹ Das BAG stellt die Resultate der mit den Daten nach Absatz 2 durchgeführten Erhebungen den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen zur Verfügung; davon ausgenommen sind die Resultate der mit den Daten nach Absatz 1^{bis} durchgeführten Erhebungen. Es stellt sicher, dass die Anonymität der Versicherten gewährleistet bleibt.</p>			
	<p><i>II. Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:</i></p>		<p>--</p>
	<p>1. Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung</p>		

<p>Art. 9 Versichertenbestände</p> <p>¹ Für die Festlegung der Versichertenbestände eines Versicherers ist die Versicherungsdauer seiner Versicherten in Monaten massgebend.</p> <p>² Bei der Festlegung der Versichertenstände nicht berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. im Ausland wohnhafte Personen, die auf vertraglicher Basis nach den Artikeln 7a und 132 Absatz 3 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) versichert sind; b. Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d–e^{bis} KVV; c. Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, die sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen; d. Versicherte nach den Artikeln 4 und 5 KVV, sofern bei ihnen nicht eine Prämie für Versicherte mit Wohnort in der Schweiz erhoben wird; e. Versicherte, die gestützt auf das Übereinkommen vom 30. 	<p>Art. 9 Abs. 2 Bst. g</p> <p>² Bei der Festlegung der Versichertenbestände nicht berücksichtigt werden:</p>		
--	---	--	--

<p>November 1979 über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer der schweizerischen Krankenversicherung unterstellt sind;</p> <p>f. Versicherte, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres unter 19 Jahre alt sind.</p>	<p>g. <u>Versicherte, deren Versicherungspflicht nach Artikel 3 Absatz 4 oder 5 KVG sistiert wurde.</u></p>		<p>Einverstanden.</p>
<p>Art. 62a Daten der Versicherer</p> <p>¹ Die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG pro versicherte Person weitergegeben werden müssen, dienen dazu:</p> <p>a. die einheitliche Anwendung des KVG und des KVAG zu überwachen;</p> <p>b. die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen;</p>	<p>2. Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. November 2015</p> <p>Art. 62a Abs. 2 Bst. b Ziff. 4</p>		

<p>c. sicherzustellen, dass die Prämienunterschiede den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden entsprechen und die Mittel der sozialen Krankenversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden;</p> <p>d. die Prämien der Versicherer zu überprüfen und sicherzustellen, dass die angewandte Prämie der genehmigten Prämie entspricht;</p> <p>e. die Prämien der Rückversicherer zu überprüfen;</p> <p>f. eine Wirkungsanalyse des KVG und des KVAG und des Vollzugs dieser Gesetze vorzunehmen und Entscheidungsgrundlagen für Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereitzustellen.</p> <p>² Die Versicherer müssen der Aufsichtsbehörde zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>a. soziodemografische Angaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbindungscode, 	<p>² Die Versicherer müssen der Aufsichtsbehörde zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p>		
---	---	--	--

<p>2. Alter, Geschlecht und Wohnort,</p> <p>3. Risikogruppe nach Artikel 11 der Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich (VORA) und Einteilung der versicherten Person in eine pharmazeutische Kostengruppe nach Artikel 12 VORA;</p> <p>b. Angaben zur Versicherungsdeckung:</p> <p>1. Beginn und Ende der Deckungsperiode,</p> <p>2. Prämieneigenschaften, wie örtlicher Tätigkeitsbereich des Versicherten, Prämienregion, Kategorie der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93–101 KVV34, Versicherungsform, Modellbezeichnung und dessen Abkürzung, Zugehörigkeit der versicherten Person zu einem Haushalt mit mehreren Kindern oder jungen Erwachsenen, Prämien-</p>	<p>b. Angaben zur Versicherungsdeckung:</p>		
--	---	--	--

<p>stufe in der Bonusversicherung, Höhe der Franchise und Unfaldeckung,</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Höhe der Prämie, mit und ohne Beitrag des Kantons, Prämienzuschlag nach Artikel 8 KVV, Prämienermässigungen und andere Abschläge, 4. Angabe, ob die Versicherungsdeckung nach Artikel 3 Absatz 4 KVG sistiert ist oder nicht, 5. Angabe, ob die versicherte Person dem Risikoausgleich unterstellt ist oder nicht, 6. Mutationsgründe bezogen auf die Versicherungsdeckung, wie Eintritt und Austritt, Geburt, Tod, Versichererwechsel und interner Wechsel, 7. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen und die Kostenbeteiligung, 8. für Versicherte mit einem Austritt in einem der Vorjahre: Austrittsdatum. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Angabe, ob die Versicherungspflicht nach Artikel 3 Absatz 4 <u>oder</u> 5 KVG sistiert ist oder nicht. 		<p>Einverstanden.</p>
--	---	--	-----------------------

<p>³ Sie müssen der Aufsichtsbehörde alle Daten, die sie aggregiert oder pro versicherte Person weitergeben müssen, elektronisch zur Verfügung stellen. Die Aufsichtsbehörde kann sie bei Erhebungsanpassungen auf Gesuch hin davon für eine befristete Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.</p> <p>⁴ Die Versicherer müssen der Aufsichtsbehörde die Daten nach Absatz 3 korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten liefern.</p> <p>⁵ Die Aufsichtsbehörde sorgt dafür, dass den Versicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht.</p> <p>⁶ Zur Aufwandverminderung kann sie die Daten nach Absatz 2 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf sie die Daten nach Absatz 2 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen,</p>			
--	--	--	--

<p>wenn die Daten anonymisiert wurden. ⁷ Die Aufsichtsbehörde erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1–4 zu treffenden Vorkehren. ⁸ Die Datenverwendung im Sinne von Artikel 35 Absatz 2 KVAG umfasst jede Form von Datenbearbeitung im Sinne des Datenschutzrechts des Bundes, einschliesslich der Datenbekanntgabe.</p>			
	<p><i>III. Diese Verordnung tritt am 1. Juni 2027 in Kraft.</i></p>		<p>Die Umsetzung EFAS hat Vorrang. Es wird den Kantonen und den Versicherern aus Ressourcengründen nicht möglich sein, diese beiden Revisionen gleichzeitig umzusetzen. Elemente der vorliegenden KVV-Revision sind für EFAS ebenfalls relevant und werden im Rahmen von EFAS umgesetzt. Andere Elemente können allenfalls via SASIS AG oder DA-PV gelöst werden.</p>

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
prio.swiss



Marco Romano
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik und Public Affairs



Axel Reichlmeier
Projektleiter Gesundheitsökonomie