



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA); Totalrevision

Bericht über die Ergebnisse der Anhörung

Bern, Juni 2016

Inhalt

1	Ausgangslage	4
2	Eingegangene Stellungnahmen	4
3	Überblick	5
3.1	Zustimmung zum Entwurf	5
3.2	Grundsätzliche Befürwortung einer Verfeinerung des Risikoausgleichs mit dem Indikator PCG, aber mit Anregungen, Änderungsanträgen oder alternativen Regelungsvorschlägen	5
3.3	Unterstützung der Ziele der Revision, aber Antrag auf Überarbeitung des Entwurfs ..	5
3.4	Ablehnung der Vorlage	5
3.5	Weder Zustimmung noch Ablehnung der Vorlage	5
3.6	Verzicht auf Stellungnahme	5
4	Ergebnisse der Anhörung zur Revision als Ganzes.....	6
5	Ergebnisse der Anhörung zu einzelnen Artikeln oder Abschnitten	14
5.1	1. Abschnitt: Indikatoren der Morbidität	14
	Artikel 1 Indikatoren	14
	Artikel 3 Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim	15
	Artikel 4 PCG-Liste.....	15
	Artikel 5 Indikator PCG.....	17
	Artikel 6 Indikator Arzneimittelkosten	18
5.2	2. Abschnitt: Datenlieferung und Kontrolle der Daten.....	20
	Artikel 7 Datenlieferung	21
	Artikel 8 Daten nicht mehr aktiver Versicherer	24
	Artikel 9 Kontrolle der Daten	24
5.3	3. Abschnitt: Berechnung des Risikoausgleichs	25
	Artikel 10 Versichertenbestände	25
	Artikel 11 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten	26
	Artikel 12 Einteilung der Versicherten in Risikogruppen	26
	Artikel 13 Einteilung im Zusammenhang mit PCG und Arzneimittelkosten.....	27
	Artikel 14 Berechnung Gruppendurchschnitte	27
	Artikel 16 Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten	29
	Artikel 17 Festlegung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten	29
	Artikel 20 Berücksichtigung nicht mehr aktiver Versicherer	30
5.4	4. Abschnitt: Risikoausgleichszahlungen.....	30
	Artikel 21.....	30
5.5	5. Abschnitt: Saldoabrechnungen und Korrekturen	30
	Artikel 23 Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten.....	30

5.6	6. Abschnitt: Berichterstattung.....	31
	Artikel 24.....	31
5.7	7. Abschnitt: Finanzierung und Durchführung	33
	Artikel 25 Verwaltungskosten.....	33
	Artikel 26 Fonds	33
5.8	8. Abschnitt: Datenschutz, Verfahren und Aufsichtsmaßnahmen	34
	Artikel 28 Datenschutz	34
	Artikel 30 Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmaßnahmen	34
5.9	9. Abschnitt: Wirkungsanalyse.....	34
	Artikel 31.....	34
5.10	10. Abschnitt: Schlussbestimmungen	35
	Artikel 34 Übergangsbestimmung	35
	Artikel 35 Inkrafttreten	35
5.11	Neu zu definierende Bestimmungen.....	37
5.12	Weitere Vorschläge	37

Anhang

39

Liste der Anhörungsteilnehmenden und Abkürzungen

1 Ausgangslage

Am 28. Dezember 2015 lud der Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) die Kantone, die in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien, die gesamtschweizerischen Dachverbände der Gemeinden, Städte, Berggebiete und der Wirtschaft sowie Behörden, Konsumentenverbände und Organisation des Gesundheitswesens ein, sich zur Totalrevision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) zu vernehmen¹. Die Revision sieht eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs vor. Der aufgrund von Daten aus dem ambulanten Bereich gebildete Morbiditätsindikator pharmazeutische Kostengruppen (PCG) soll in der Verordnung festgelegt werden. Damit einher geht auch eine Anpassung der Berechnung des Risikoausgleichs. Weitere Bestimmungen sehen sprachliche und teilweise auch inhaltliche Anpassungen vor. Ausserdem ist die neue Verordnung neu gegliedert und alle Bestimmungen sind neu durchnummeriert. Insgesamt wurden 108 Behörden und interessierte Organisationen angeschrieben. Die Anhörungsunterlage wurde auch im Internet auf der Webseite des Bundesamtes für Gesundheit veröffentlicht. Die Anhörung dauerte bis am 1. April 2016.

2 Eingegangene Stellungnahmen

Insgesamt gingen 56 Stellungnahmen ein, wovon 50 von begrüßten und 6 von nicht begrüßten Organisationen. Die Kantone UR und SZ sowie 4 andere begrüßte Organisationen teilten mit, dass sie auf eine inhaltliche Stellungnahme verzichten. 3 weitere Kantone (BL, JU und SH) haben sich am Vernehmlassungsverfahren nicht beteiligt. Von den 12 einbezogenen politischen Parteien antworteten 3 (FDP, SPS und SVP).

	Adressaten	Eingeladen	davon eingegangen	spontan eingegangen	Total
1	Kantone	27	21	---	21
2	Politische Parteien	12	3		3
3	Behörden	3	1		1
4	Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete	3	-		-
5	Dachverbände der Wirtschaft	8	3		3
6	Konsumentenverbände	3	3		3
7	Leistungserbringer	37	11	2	13
8	Patientinnen, Benutzerinnen	5	1		1
9	Versicherer	6	4	3	7
10	Übrige	4	3	1	4
	Total	108	50	6	56

Der vorliegende Bericht gibt Aufschluss über die Ergebnisse des Anhörungsverfahrens. Die Liste der Anhörungsteilnehmenden (mit den in diesem Bericht verwendeten Abkürzungen) ist im Anhang zu finden.

¹ Die Unterlagen können über folgenden Link heruntergeladen werden:

<https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2015.html#EDI>, Abgeschlossene Vernehmlassungen, 2015, EDI

3 Überblick

3.1 Zustimmung zum Entwurf

Kantone (17): AR, BE, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TI, VD, VS, ZG, ZH

Behörden (1): GDK

Dachverbände der Wirtschaft (1): SGB

Leistungserbringer (2): ChiroSuisse, FAMH

Übrige (1): WEKO

3.2 Grundsätzliche Befürwortung einer Verfeinerung des Risikoausgleichs mit dem Indikator PCG, aber mit Anregungen, Änderungsanträgen oder alternativen Regelungsvorschlägen

Kantone (4): AI, AG, BS, TG

Parteien (3): FDP, SVP, SPS

Dachverbände der Wirtschaft (2): economiesuisse, SGV

Konsumentenverbände (3): SKS

Leistungserbringer (7): BEKAG, FMH, K3, pharmaSuisse, VLSS, VSAO, VSÄG

Patienten (1): SPO

Versicherer (4): curafutura, Groupe Mutuel, RVK, santésuisse

Übrige (1): BFG, CP, FER

3.3 Unterstützung der Ziele der Revision, aber Antrag auf Überarbeitung des Entwurfs

Leistungserbringer (2): GSASA, H+

Versicherer (1): Assura

3.4 Ablehnung der Vorlage

Konsumentenverbände (2): ACSI, FRC

3.5 Weder Zustimmung noch Ablehnung der Vorlage

Leistungserbringer (1): PULSUS

Versicherer (1): GE KVG

3.6 Verzicht auf Stellungnahme

Kantone (2): SZ, UR

Dachverbände der Gemeinden, Städte, Berggebiete (1): SSV

Dachverbände der Wirtschaft (1): SAV

Leistungserbringer (2): CURAVIVA, VKZS

4 Ergebnisse der Anhörung zur Revision als Ganzes²

Kantone

Abgesehen von **SZ** und **UR**, die auf eine inhaltliche Stellungnahme verzichtet haben, stehen alle teilnehmenden Kantone (**AI, AG, AR, BE, BS, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TI, TG, VD, VS, ZG, ZH**) der Totalrevision der Verordnung und insbesondere der weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs unter den Versicherern der obligatorischen Krankenpflegeversicherung positiv gegenüber. Die Kantone stehen geschlossen hinter dem Einbezug des Morbiditätsindikators pharmazeutische Kostengruppen (PCG) in die Berechnung des Risikoausgleichs. Für **AG** ist klar, dass die Solidarität unter den Versicherten gestärkt werden soll. Da dies durch den Markt allein nicht zu realisieren sei, brauche es dazu entsprechende Regelungen. **AG** und **BE** weisen darauf hin, dass mit dem bisherigen Risikoausgleich die Zielsetzungen nur teilweise erreicht worden seien und er trotz bereits eingeführter Verfeinerungen nicht zufrieden stellend funktioniere. Die Prämienunterschiede seien nach wie vor sehr hoch und die Risikoselektion der Versicherten habe nicht abgenommen. **BE** begrüsst deshalb jeden Schritt in Richtung Verbesserung des Risikoausgleichs. **TI** bekräftigt seine Unterstützung für die Verfeinerung des Risikoausgleichs, da diese zur Einschränkung der Risikoselektion durch die Krankenversicherer beitrage. **GE** ist der Ansicht, dass die vorgeschlagene Verbesserung den Anreiz zur Risikoselektion verkleinere und dadurch kompensatorische Prämien erhöhungen bei Versicherern, die keine Risikoselektion betreiben, verhindere. Für **GE** handelt es sich um eine notwendige Massnahme zur Gewährleistung des Gleichgewichts und des Fortbestands unseres sozialen Krankenversicherungssystems. Für **FR** geht die Revisionsvorlage in die richtige Richtung. Er hebt hervor, dass die Komplexität der PCG weit höher sei als diejenige der anderen im Rahmen des Risikoausgleichs verwendeten Indikatoren. Das EDI müsse deshalb darauf achten, dass die Komplexität der Handhabung des neuen Indikators zu keinem Zeitpunkt das Funktionieren des Risikoausgleichssystems gefährde. Auch **FR** betont, die Einführung des neuen Indikators verfeinere den Risikoausgleich und mache die Jagd auf die guten Risiken für die Krankenversicherer noch uninteressanter. Diese Entwicklung sei zu begrüssen und zu unterstützen. **BS** hebt positiv hervor, dass die Daten zu den Indikatoren der Morbidität der Wechsler vollständig in die Berechnung des Risikoausgleichs einfließen, womit chronisch kranke Wechsler für den neuen Versicherer attraktiver würden. **VD** begrüsst die zweistufige Regressionsberechnung mittels Methode der kleinsten Quadrate. Er weist darauf hin, dass durch die Datenlieferungen der Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG (Art. 7 ff. E-VORA) bei dieser eine bisher nicht vorhandene Sammlung umfassender Individualdaten auf landesweiter Ebene entstehe. Es sollte deshalb eine formalgesetzliche Grundlage vorgesehen werden, die es ermöglicht, diese Daten in anonymisierter Form (in Bezug auf Versicherte und Versicherer) den zuständigen Behörden, die den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung regulieren müssen (d. h. Bund und Kantone), sowie zu Forschungszwecken zur Verfügung zu stellen. **AI** und **TG** begrüssen den Einbezug des Indikators PCG und des modifizierten Indikators Arzneimittelkosten insbesondere, weil diese erlauben, kostenintensive Versicherte, die keinen stationären Aufenthalt im Vorjahr aufweisen, zu erkennen und Versicherer entsprechend zu entlasten. Der Anreiz zur Risikoselektion könne damit gesenkt werden. **ZH** stimmt der vorgeschlagenen Totalrevision ohne Vorbehalte zu.

Seitens der Kantone gibt es aber auch Bedenken und Einwände. **VD** weist darauf hin, dass der Begriff «PCG» im Zusammenhang mit anderen Sozialversicherungen, wie etwa den Ergänzungsleistungen zu AHV und IV, verwirrend sein könnte, weshalb er sich für die Formulierung «GCP» anstelle von «PCG» ausspricht. Darüber hinaus weist er darauf hin, dass wahrscheinlich noch gewisse offensichtliche Kriterien fehlten, namentlich betreffend DRG oder andere Grouper. **BS** vermisst in den Erläuterungen die Angabe, wie weit der neue Indikator PCG

² Bei den Stellungnahmen werden zuerst die Kantone, dann die Parteien und dann alle anderen Gruppen in alphabetischer Reihenfolge angeführt.

die Erklärungskraft der Risikoausgleichsformel erhöhen werde und welchen zusätzlichen Verwaltungsaufwand die neuen Anforderungen an die Datenlieferungen der Versicherer nach sich ziehen. Die Umstellung auf pseudonymisierte Individualdaten aller dem Risikoausgleich unterstellten Versicherten habe möglicherweise eine erhebliche Tragweite, die sich in den Verwaltungskosten der Versicherer bemerkbar machen könnte. Für **AG** ist wichtig, dass sich der zusätzliche administrative Aufwand, welcher durch die Ergänzung von zusätzlichen Kriterien für den Risikoausgleich entsteht, im Rahmen hält. Das Verhältnis zwischen dem administrativen Zusatzaufwand und dem Nutzen müsse stimmen. **TG** ist der Ansicht, dass für künftige Anpassungen des Risikoausgleichs die bereits etablierten Indikatoren auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden sollten. Indikatoren seien auch Anreize; diese können in die gewünschte Richtung zielen, aber auch «Nebenwirkungen» haben. Der Indikator «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim» habe diese «Nebenwirkung». Bleibe dieser Indikator bestehen, könne dies als Fehlanreiz oder «Nebenwirkung» zu vermehrten Hospitalisationen führen. **AI** geht etwas weniger weit. Er ist der Auffassung, dass beim Indikator «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim» untersucht werden sollte, ob er nicht indirekt zu vermehrten Hospitalisationen führe, weil die Versicherer für die gleichen Patientinnen und Patienten mehr Geld erhalten, wenn diese im Vorjahr hospitalisiert worden sind. **AI** und **TG** regen an, für zukünftige Anpassungen Indikatoren zu entwickeln oder beizubehalten, welche auch die dynamische Entwicklung hin zu weniger Hospitalisationen honorieren. Allgemein sollten Indikatoren berücksichtigt werden, die Anreize für diejenigen Versicherer schaffen, welche – anstatt Risikoselektion zu betreiben – die Versicherten optimal und damit kostengünstig behandeln wollen. Alle Kantone haben auf eine detaillierte Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der Verordnung verzichtet. Als Begründung wurde angegeben, die technische Umsetzung des Risikoausgleichs betreffe die Kantone nicht (so etwa **GL**, **GR**, **LU**, **OW**, **SG** und **ZG**).

Politische Parteien

Drei in der Bundesversammlung vertretene politische Parteien haben sich vernehmen lassen. Ihr Echo zur Vorlage fällt gemischt aus. Für die **FDP** ist ein moderner, funktionierender Risikoausgleich im KVG ein zentraler Baustein des Gesundheitssystems. Er Sorge dafür, dass das Geschäftsmodell «Jagd nach guten Risiken» keine Option mehr sei. Mit einem stetig verfeinerten Risikoausgleich sei sichergestellt, dass der Wettbewerb dort spiele, wo er den Versicherten etwas bringe: Prävention und besserer Service zu tieferen Preisen. Davon würden vor allem auch Chronischkranke profitieren. Ausdrücklich begrüsst die FDP das aktive Vorantreiben des Dossiers Risikoausgleich durch das BAG. Die Forschung und die Erfahrungen aus anderen Ländern würden klar aufzeigen, dass der Indikator PCG zur Verfeinerung des Risikoausgleichs sinnvoll sei. Nicht einverstanden ist die FDP mit der Lieferung der Individualdaten nach Art. 7 des Entwurfs der Verordnung durch die gemeinsame Einrichtung ans BAG, weil dies unnötig, unverhältnismässig und nicht datenschutzkonform sei. Auch die Ausnahme beim Datenschutz zu Gunsten des BAG in Art. 28 Abs. 1 des Entwurfs sei nicht nötig und deshalb zu streichen. Schliesslich plädiert die FDP dafür, die neuen Regelungen einer Testphase bzw. einem Probelauf zu unterstellen, damit die Auswirkungen und die Praktikabilität sauber getestet werden können. Die **SPS** teilt mit, dass sie, trotz der Ablehnung ihrer Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» am 28. September 2014, nach wie vor überzeugt sei, dass einzig ein solches Modell zahlreiche gesetzgeberische Übungen zur Korrektur der vielen Übel, welche der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern hervorbringe, zu verhindern möge. Trotzdem räumt die SPS ein, dass es nötig ist, den Bund mit möglichst wirkungsvollen Mechanismen auszustatten, um den negativen Auswirkungen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen, wie der Jagd auf gute Risiken, entgegenzuwirken. Die SPS unterstützt die neuen Bestimmungen der VORA, darunter die Einführung des neuen Morbiditätsindikators PCG. Darüber hinaus unterstützt sie die Bestimmung, wonach das EDI im Rahmen einer Departementsverordnung die Liste der PCG erlässt. In diesem Zusammenhang insistiert sie auf der Wich-

tigkeit einer paritätischen Vertretung der Anspruchsgruppen, insbesondere von Patientenvertretern, in der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK), welcher eine beratende Funktion zukommt. Für die SPS ist es absolut zentral, dass der Risikoausgleich nicht nur chronische Krankheiten berücksichtigt, sondern auch heilbare und seltene Krankheiten, die hohe Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung verursachen. Aus diesem Grund begrüsst die SPS die Beibehaltung des Indikators Arzneimittelkosten für jene, die nicht in eine PCG eingeteilt werden. Hingegen lehnt die SPS die Festlegung einer deutlich höheren als der aktuell geltenden Kostenschranke von 5000 Franken strikt ab. Dies schwäche die Wirkung des Risikoausgleichs unnötig. Die **SVP** begrüsst die Stossrichtung dieser Vorlage. Jedoch sei die Einführung des Morbiditätsindikators PCG ein komplexes Projekt, dessen Umsetzung mit verschiedenen Schwierigkeiten einhergehe. Deshalb wäre nach Ansicht der SVP eine Testphase für die Umsetzung der PCG sinnvoll, damit die Praktikabilität und die Auswirkungen getestet werden könnten. Diese Testphase müsste auf zwei Jahre angelegt sein, womit die Einführung der PCG auf das Jahr 2021 zu verschieben wäre, damit die nötigen Daten zur Beurteilung der Auswirkungen möglichst vollständig wären. Ausserdem müsste in der Verordnung der Datenrückfluss an die Versicherer noch geregelt werden, da die Resultate des Risikoausgleichs in die Prämienberechnung einfließen.

Behörden

Der Vorstand der **GDK** unterstützt die Vorlage des Bundesrats, welche die Einführung des zusätzlichen Morbiditätsindikators «pharmazeutische Kostengruppen» in der Berechnung des Risikoausgleichs vorsieht und verzichtet auf eine detaillierte Stellungnahme zur technischen Umsetzung.

Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Der **SSV** teilte mit, er müsse trotz der unbestrittenen Bedeutung der Vorlage aus Kapazitätsgründen auf eine Stellungnahme verzichten.

Dachverbände der Wirtschaft

Grundsätzliche Zustimmung, jedoch mit Vorbehalten, erhielt die Vorlage von Seiten der Wirtschaft. **Economiesuisse** befürwortet die Totalrevision und begrüsst die Verfeinerung des Risikoausgleichs mit dem Arzneimittelindikator als Übergangslösung sowie die PCG als Dauerlösung. Hingegen erachtet economiesuisse den modifizierten Arzneimittelindikator als unnötig. Der Risikoausgleich dürfe nicht auf die Spitze getrieben werden. Gewisse Risiken und Ungleichheiten sollen im System belassen werden. Denn es handle sich um das Krankenversicherungssystem und nicht um ein Einheitskassensystem. Aus Sicht der Wirtschaft fehlen in der Vorlage die grundsätzlichen Ziele des Risikoausgleichs, sowie der Prozess zu dessen Weiterentwicklung. Mit diesen zwei Elementen wäre der Risikoausgleich für alle Beteiligten besser nachvollziehbar und damit berechenbarer. Aufgrund einer Arbeitsteilung mit economiesuisse verzichtet der **SAV** auf eine eigene Eingabe. Der **SGB** unterstützt die vorgeschlagene Verfeinerung des Risikoausgleichs. Mit dem Indikator PCG könne der Anreiz zur Risikoselektion gesenkt werden. Der **SGV** stimmt der vorgeschlagenen Totalrevision grundsätzlich zu. Jedoch spricht er sich klar dagegen aus, dass die gemeinsame Einrichtung dem BAG künftig Individualdaten liefern soll. Aus Sicht des SGV ist eine solche Datenlieferung für den Vollzug des Risikoausgleichs nicht nötig und zudem nicht gesetzeskonform. Für die Berechnung der Schlusszahlungen beantragt der SGV, jeweils die vollständigen Kostendatensätze heranzuziehen. Schliesslich spricht auch er sich für einen Probelauf vor der definitiven Einführung des angepassten Risikoausgleichs aus. Dieser dürfe aber nicht zu einem späteren Inkrafttreten führen.

Konsumentenverbände

Die Teilnehmenden aus dieser Gruppe begrüßen den Willen, die Risikoselektion zu bekämpfen. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs gemäss Entwurf des EDI stösst auf Zustimmung, aber auch auf Ablehnung. **FRC** und **ACSI** begrüßen den Willen, die Mechanismen der Risikoselektion zu bekämpfen, sind aber der Meinung, dass die in Anhörung gegebenen Vorschläge keine tatsächlichen Lösungen darstellen und das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht voranbringen. Das Grundproblem bleibe bestehen, dass das Krankenversicherungssystem nicht richtig funktioniere und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht an den richtigen Hebeln ansetze. Die FRC teilt mit, am 29. Februar 2016 eine Vorlage für kantonale oder regionale Ausgleichskassen in die öffentliche Anhörung geschickt zu haben. Diese wurde gemeinsam mit den wichtigsten Gesundheitsakteuren der Romandie ausgearbeitet und würde den Mechanismen der Risikoselektion ein Ende setzen. Hingegen begrüsst die **SKS** das Vorhaben des EDI, den Risikoausgleich in der obligatorischen Krankenversicherung zu verfeinern. Damit werde eine langjährige Forderung der SKS erfüllt. Ein verbesserter Risikoausgleich ermögliche es, die Risikoselektion durch die Krankenversicherer weiter einzuschränken. Eine Erweiterung des Risikoausgleichs um den Indikator PCG scheint der SKS angemessen, um Krankenkassen mit Versicherten mit hohem Leistungsbedarf zu entlasten. Aus Sicht der SKS ist entscheidend, dass nach der Einführung dieser Anpassung geprüft werde, ob sie die gewünschte Wirkung entfalte und die Risikoselektion einschränke. Andernfalls seien weitere Massnahmen zu prüfen. Da es sich bei den zu erhebenden Daten um hochsensible persönliche Informationen handle, müsse zudem ein Höchstmass an Datenschutz jederzeit gewährleistet sein. Für die beteiligten Institutionen (EDI, BAG, EAK und GE KVG) bedeute die Verfeinerung des Risikoausgleichs einen erheblichen Zusatzaufwand. Damit diese die zusätzlichen Aufgaben wahrnehmen könnten, müssten sie mit den dafür erforderlichen Ressourcen ausgestattet werden.

Leistungserbringer

Das Echo der Leistungserbringer zur Vorlage ist gemischt. **ChiroSuisse** begrüsst die Verfeinerung des Risikoausgleichs mit weiteren geeigneten Indikatoren der Morbidität. Für **CURAVIVA** ist diese Vorlage nicht von zentraler Bedeutung. Sie verzichtet deshalb und infolge begrenzter Ressourcen auf eine Stellungnahme.

Die **BEKAG**, die **FMH** und der **VLSS** unterstützen nach wie vor die Bestrebungen, welche zu einer sinnvollen Verfeinerung des Risikoausgleichs führen sollen und mit welchen mögliche Anreize zur Risikoselektion weitgehend eingeschränkt werden können. Für die **FMH** ist entscheidend, dass dadurch der Risikoausgleich auch verbessert wird. Den Unterlagen sei nirgends zu entnehmen, warum das holländische Modell übernommen werde und ob andere Modelle geprüft worden seien. Für die FMH ist es absolut notwendig, dass zur Inkraftsetzung der Verordnung und der PCG-Liste Pilotversuche durchgeführt und deren Resultate bekannt gegeben werden. **Alle drei Ärztevereinigungen** weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Verbesserung des Risikoausgleichs mit vernünftigen administrativem Aufwand bewältigbar bleiben müsse. Dies betreffe sowohl den Aufwand der Krankenversicherer als auch den Aufwand des BAG. Diese Grenze scheint ihnen nun erreicht. Sie warnen davor, im Rahmen der Umsetzung in wissenschaftlichen Perfektionismus zu verfallen und die vernünftige Kosten-/Nutzenrelation zu sprengen. Die **SBV** wehrt sich nicht gegen einen feineren Risikoausgleich. Sie anerkennt die positiven Erfahrungen, die in den Niederlanden mit dem Indikator PCG gemacht worden seien. Bei all den guten Absichten dürfe nicht ausser Acht gelassen werden, dass ein verfeinerter Risikoausgleich mit der Einschränkung der unternehmerischen Freiheit der Krankenkassen einhergehe. Der Wille des Stimmvolkes, keine Einheitskasse zu schaffen,

dürfe nicht über eine Verordnung untergraben werden. Auch für die SBV darf der verfeinerte Risikoausgleich nicht dazu führen, dass die administrative Belastung der Kassen über Gebühren zunimmt und die Bundesverwaltung, welche die Aufsicht über die Kassen ausübt, noch mehr aufgebläht werde. Schliesslich sei sicherzustellen, dass die Daten, die das BAG auf diesem Weg sammle, nicht zweckentfremdet werden. Überdies stelle sich die Frage, ob die Datenlieferung tatsächlich Individualdaten beinhalten müsse. Die Versichertennummer der AHV lasse auf verschiedene Art Rückschlüsse auf die versicherte Person zu. Da es sich um Krankheitsdaten und somit um besonders schützenswerte Daten handle, sei hier Zurückhaltung angebracht. Mit dem Geburtsjahr könne die Alterskategorie genügend bestimmt werden. Auch **PULSUS** führt an, bei den sensiblen Patientendaten müssten höchste Sicherheitsvorkehrungen hinsichtlich des Datenschutzes eingehalten werden, damit ein Datenmissbrauch verhindert werde. Begrüsst wird, dass chronisch kranke Wechsler mit Aufgehalten, PCG und hohen Arzneimittelkosten für den neuen Versicherer attraktiver werden. Die **VSÄG** anerkennt die Vorlage im Grundsatz, ist jedoch der Meinung, dass sie in Bezug auf den Schutz persönlicher Daten ein ebenso unvermeidliches wie unnötiges Risiko darstellt.

H+ und **GSASA** unterstützen die Ziele der Revision der VORA. Sie erachten aber eine Überarbeitung des Entwurfes durch fachliche Expertinnen und Experten der davon direkt und indirekt betroffenen Organisationen als zwingend. Insbesondere die Nutzung des GTIN wird kritisch beurteilt. Beide geben auch zu bedenken, dass die Erarbeitung und Führung der PCG-Liste sehr aufwändig sein werde. Erforderlich seien fachliche und personelle Ressourcen und zulasten der sozialen Krankenversicherung würden zusätzliche erhebliche Aufwendungen generiert. **K3** begrüsst, dass im Risikoausgleich unter den Krankenversicherern Lösungen gesucht werden, welche die Anreize für eine Selektion der guten Risiken senkt. Allerdings sollte nach dem Grundsatz der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit auch hinterfragt werden, wie weit die effektiven Verbesserungen den zusätzlichen administrativen Aufwand und die damit verbunden höheren Kosten rechtfertigen. **K3** gibt zu bedenken, dass die neu eingeführten Indikatoren zu ganz erheblichen administrativen Kosten rund um und in den Verwaltungen der Krankenversicherer führen würden, und zweifelt stark daran, dass dadurch der Risikoausgleich in wesentlichem Ausmass verbessert werde. Sie schlagen deshalb vor, nach zum Beispiel zwei Jahren die neu hinzugefügten Indikatoren zu evaluieren und sie fallen zu lassen, falls keine deutliche positive Wirkung gegenüber vorher gemessen werde. **VSAG** begrüsst grundsätzlich die Verfeinerung des Risikoausgleichs durch die Integration des Morbiditätsindikators PCG, regt aber an, beim Indikator Arzneimittelkosten die Kostenschranke bei 5000 Franken Bruttoleistungen für Arzneimittel zu belassen.

PharmaSuisse unterstützt jede Bemühung, um die Fehlanreize im Gesundheitssystem zu korrigieren. Eine den nachhaltigen Qualitätswettbewerb verhindernde Risikoselektion wie sie heute von Billigkassen betrieben werde, lehnt pharmaSuisse ab. Konsequenterweise begrüsst pharmaSuisse jede sinnvolle Verfeinerung des Risikoausgleichs in der Hoffnung, dass sie die Risikoselektion endgültig unattraktiv machen werde. Dazu brauche es richtige Anreize für einen fairen Wettbewerb unter Berücksichtigung der Qualität. Eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung der Versicherten solle das Ziel sein. PharmaSuisse werde das BAG mit den vorliegenden Abrechnungsdaten der Apotheker zu Lasten der OKP gerne unterstützen. Es stelle sich hier aber generell die Frage der Qualität der ausserhalb von den Apotheken erhältlichen Zahlen. Pharmasuisse erachtet die Verwendung der GLN/GTIN Nummer nicht als zielführend. Sie sollte durch den ATC-Code ersetzt werden.

FAMH teilt mit, dass sie keine Bemerkungen oder Einwände anzubringen haben. Und der **VKZS** teilt mit, dass die Zahnärzte und das zahnärztliche Personal in der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit wie die Patienten im Umfeld einer zahnärztlichen Behandlung nicht oder nur marginal betroffen seien, weshalb der Verband auf eine Stellungnahme verzichte.

Patientinnen, Patienten

Die **SPO**, die einzige Anhörungsteilnehmerin aus der Gruppe der Patienten, begrüsst die Verfeinerung des Risikoausgleichs mit dem Einbezug der PCG grundsätzlich. Auch der modifizierte Indikator Arzneimittelkosten sei wichtig, denn damit werde Risikoselektion verhindert. Hingegen spricht sich auch der SPO gegen die Mitlieferung der AHV-Nummer in der Datenlieferung aus, denn der Risikoausgleich könne mit der verlangten Pseudonymisierung und ohne AHV-Nummer berechnet werden.

Versicherer

Assura³ ist der Ansicht, dass die Vorlage überarbeitet werden muss, da sie unvollständig sei und Sachfehler enthalte. Der Risikoausgleich könne nicht isoliert betrachtet werden, sondern nur im Rahmen einer globalen Reflexion über das Hauptproblem des schweizerischen Gesundheitssystems: nämlich seine Kostenentwicklung. Assura ist der Meinung, dass das System – ohne Werkzeuge, mit denen die Versicherer parallel selbst auf die Kosten einwirken können – in einem Kostenausgleich zulasten des Risikoausgleichs bestehen werde und sie so die Vorgabe der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitskosten, welche im KVG verankert ist, nicht optimal erreichen können. Assura befürchtet, dass das vorgeschlagene System, welches die Einsetzung einer gigantischen administrativen Maschinerie impliziere, schlussendlich keine tatsächliche Verfeinerung des Risikoausgleichs bewirke. Das vorgeschlagene System könne in den folgenden Punkten kritisiert werden: Inkompatibilität des Systems des Tiers garant mit dem Indikator PCG; Notwendigkeit einer Testphase vor der Umsetzung der Vorlage; Notwendigkeit, den Prozess zur Erstellung der PCG-Liste klar zu definieren und eine neutrale Instanz einzusetzen, welche die Beweggründe, die dazu geführt haben, kontrolliert; inakzeptable Beibehaltung des Indikators Arzneimittelkosten. Aus den genannten Gründen sei das vorgeschlagene System noch einmal in dem Sinne zu überdenken, wie es im Übrigen bereits im erläuternden Bericht erwähnt sei (Berücksichtigung von DRG), in Verbindung mit weiteren Massnahmen, welche die Kostenkontrolle effektiv fördern. Mit anderen Worten sei ein Gesetzespaket zu schnüren, das gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen des Schweizer Gesundheitssystems ansetzt und dem Ziel verpflichtet ist, die Gesundheitskosten zu bewältigen.

Curafutura unterstützt die vorgelegte Totalrevision, sofern folgende Anpassungen vorgenommen werden:

- Vollständigkeit der Daten: Für die Berechnung der Schlusszahlungen seien jeweils die vollständigen Kostendatensätze heranzuziehen.
- Keine Übermittlung von Individualdaten an das BAG: Es bestehe weder ein ersichtlicher Grund noch eine formalgesetzliche Grundlage zur Übermittlung von Individualdaten an das BAG. Zur Wahrung der einschlägigen Bestimmungen der Gesetzgebung über den Datenschutz, namentlich zur Gewährleistung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit, sei die vorgesehene Bestimmung entsprechend anzupassen.
- Durchführung eines Probelaufs vor Einführung 2019: Um die korrekte Durchführung des Risikoausgleichs sicherzustellen, sei ein Probelauf durchzuführen. Dieser dürfe aber zu keiner Verschiebung des Einführungsdatums führen.

Groupe Mutuel⁴ begrüsst die Einführung des Morbiditätsindikators PCG, mit dem chronischen Krankheiten bei der Berechnung des Risikoausgleichs besser Rechnung getragen werden könne. Dennoch ermögliche es dieser Indikator im Rahmen des Tiers garant nicht, die Gesamtheit der Kosten zu berücksichtigen, namentlich wenn Rechnungen von den Versicherten ihrem Versicherer nicht eingereicht würden, weil die Franchise nicht erreicht wird. Auf der anderen Seite spricht sich Groupe Mutuel gegen die Einführung des Indikators Arzneimittelkosten aus, weil dieser nicht auf einen Risiko-, sondern einen Kostenausgleich ziele. Ausserdem

³ Mitglied von santésuisse, hat aber auch eine eigene Stellungnahme eingereicht.

⁴ Mitglied von santésuisse, hat aber auch eine eigene Stellungnahme eingereicht.

sollte die Kostenschranke auf der Basis einer Zahlenanalyse festgelegt werden. Seines Erachtens ist der vorgeschlagene Schwellenwert von CHF 50 000.– ungenügend abgestützt.

Der **RVK** begrüsst die Einführung von PCG als neuer Morbiditätsindikator für den Risikoausgleich. Der Beibehaltung des für eine Übergangslösung eingeführten Indikators Arzneimittelkosten steht der RVK jedoch kritisch gegenüber. Die zuverlässige Aufbereitung der Informationen über den Arzneimittelbezug stelle für die Versicherer eine erhebliche Herausforderung dar. Die Einräumung einer angemessenen Testphase, welche die Durchführung von Probe-läufen ermöglicht, sei unerlässlich. Nur auf diesem Weg könne sichergestellt werden, dass keine Verzerrungen bei der Einteilung in Risikogruppen entstehen. Aber auch die Leistungserbringer seien in die Pflicht zu nehmen. Es sei an einem geeigneten Ort zu definieren, welche Informationen auf ärztliche Verschreibungen, Rechnungen und Belegen im System des Tiers garant wie auch im System des Tiers payant obligatorisch zu vermerken seien. Wenig Verständnis hat der RVK für den «gegenwärtig schier unstillbaren Durst» der Bundesverwaltung nach personenbezogenen Daten. Für die systematische Übermittlung der durch die gemeinsame Einrichtung pseudonymisiert erhobenen Individualdaten an das BAG seien weder nachvollziehbare Gründe noch eine gesetzliche Grundlage ersichtlich.

Die Versicherer von **santésuisse** begrüssen grundsätzlich das Abbilden von chronischen Krankheiten mittels PCG im Risikoausgleich. Allerdings sind sie der Auffassung, dass die Entwicklung des Risikoausgleichs nicht isoliert beurteilt werden könne, sondern Teil einer globalen Reflexion über das Hauptproblem des Schweizer Gesundheitssystems – nämlich seine Kostenentwicklung – sein müsse. Derzeit fehlt es ihnen an den notwendigen Werkzeugen, die Wirtschaftlichkeit des Systems zu gewährleisten, zumal das Gesundheitswesen und die Kosten angebotsgetrieben seien. Aus ihrer Sicht ist der vorliegende Verordnungsentwurf in einigen Punkten zu präzisieren. So müsse etwa sichergestellt werden, dass die von den Leistungserbringern ausgestellten Rechnungen alle notwendigen Angaben enthalten. In der aktuellen Rechnungsdaten-Situation könnten jedenfalls die Versicherer die Vollständigkeit der Informationen nicht sicherstellen. Es stelle sich auch die Frage, welche Daten an die Versicherer zurückfliessen müssen, um die Prämien berechnen zu können; dies sei zwingend in der Verordnung zu regeln. Auch **santésuisse** hebt die Problematik mit durch die Patienten nicht eingereichte Rechnungen (Tiers garant) hervor, die im Entwurf der Verordnung nicht gelöst sei. Den Zweck der Lieferung von Individualdaten nach Art. 7 E-VORA ans BAG über den Umweg der GE KVG können auch die Versicherer von **santésuisse** nicht nachvollziehen. Schliesslich fordern alle Versicherer für die «markante und grundlegende» Änderung des Risikoausgleichs zwingend einen vorgängigen Testlauf; alle relevanten Elemente seien dringend zu definieren und im Rahmen der Testläufe zu erproben.

Übrige

Das **BFG** begrüsst in grundsätzlicher Hinsicht die Verfeinerung des Risikoausgleichs. Dieser soll den Leistungswettbewerb unter Versicherern und Leistungserbringern verstärken, dürfe aber nicht zu einem reinen Kostenausgleich führen. Nach dem Bündnis soll die neue Verordnung wie vorgesehen am 1. Januar 2019 in Kraft treten. Bis dahin sollten in den Jahren 2017 und 2018 die Auswirkungen des modifizierten Risikoausgleichs in einer Schattenrechnung simuliert werden. Ferner nach Einführung ab dem 1. Januar 2019 eine ständige, unabhängige Überprüfung bei laufendem Betrieb eingesetzt werden. Auch die **WEKO** begrüsst die Verfeinerung des Risikoausgleichs. Die Einführung von PCG gehe in die von ihr gewünschte Richtung.

Das **CP** wehrt sich nicht gegen die Erweiterung des Ausgleichs, die der Entwicklung des ambulanten Sektors und der Kosten von pharmazeutischen Behandlungen Rechnung trägt. Es unterstützt auch die neue Berechnungsmethode, welche sicherstellt, dass kantonal ein Null-

summenspiel entsteht und zwischen den Kantonen keine Zahlungen fliessen. Aus Datenschutzgründen spricht das CP sich aber gegen die Verwendung der AHV-Versichertennummer bei der Datenlieferung durch die Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung aus.

Auch die **FER** unterstützt die Einführung des neuen Indikators PCG, der ihrer Ansicht nach den Risikoausgleich in geeigneter Weise verfeinern dürfte. Sie befürwortet ferner die Einbindung der EAK im Prozess der Erarbeitung der PCG-Liste. Die FER stellt sich nicht gegen die Beibehaltung des Indikators Arzneimittelkosten. Aus Gründen der Kohärenz müsse die Kostenschranke, die vom EDI festgelegt wird, den durchschnittlichen Kosten entsprechen, die durch den Konsum von auf der PCG-Liste aufgeführten Medikamenten entstehen. Die FER unterstützt die neue Berechnungsmethode, die der Einführung der neuen Morbiditätsindikatoren Rechnung trägt und gleichzeitig ein kantonales Nullsummenspiel garantiert.

5 Ergebnisse der Anhörung zu einzelnen Artikeln oder Abschnitten⁵

5.1 1. Abschnitt: Indikatoren der Morbidität

Nach Ansicht von **ACSI** und **FRC** wird das System durch diese neue Verfeinerung des Risikoausgleichs noch komplexer, ohne dass aber die Mechanismen der Risikoselektion endgültig beseitigt würden. Je zahlreicher und komplexer die Indikatoren, desto komplexer werde es sein, deren Einhaltung und Wirksamkeit zu kontrollieren. Ausserdem seien Versicherer, die über mehr Mittel und Möglichkeiten verfügen, immer noch besser positioniert, um die Schwachstellen im System zu finden und auszunutzen. FRC und ACSI verweisen dazu auf gewisse Gruppen von Arzneimitteln, die für Personen mit hohem Risiko gedacht seien und zu Beiträgen berechtigen, die aber auch Personen mit lediglich einem niedrigen Risiko verschrieben werden könnten.

Artikel 1 Indikatoren

Economiesuisse begrüsst den Einbezug des mit Daten aus dem ambulanten Bereich gebildeten Indikators PCG als Dauerlösung, erachtet jedoch den modifizierten Indikator Arzneimittelkosten als unnötig.

Der **BEKAG** und der **VLSS** erscheinen die Indikatoren nach Artikel 1 des Entwurfs nun ausreichend.

Die **FMH** unterstützt den Einbezug weiterer Indikatoren wie PCG, um eine sinnvolle Verfeinerung des Risikoausgleichs zu erreichen. Für die FMH ist jedoch entscheidend, dass der Einbezug von neuen Indikatoren auch tatsächlich zu einem verbesserten Risikoausgleich führt.

Für **Assura** führt die Einführung des Indikators PCG allein – ohne dass die Versicherer gleichzeitig adäquate «Hebel» erhalten, um bei den Gesundheitskosten anzusetzen – nur zu einer wenig sinnvollen Verkomplizierung des Risikoausgleichs. Assura hebt die mangelnde Vorhersehbarkeit hervor, die der Indikator PCG für Versicherer wie Assura bedeutet, die das System des Tiers garant anwenden und deren Versichertenbestand einen hohen Anteil an Versicherten mit hohen Franchisen umfasst. Assura verlangt, dass zu diesem Thema eine Folgenabschätzung durchgeführt und Lösungen gefunden werden. Assura ist ausserdem der Ansicht, dass die Beibehaltung des Indikators Arzneimittelkosten ein negativer Anreiz (z. B. bei Verhandlungen der Arzneimittelpreise) und nicht sachdienlich sein könnte (z. B. in Bezug auf die neuen Behandlungsmethoden gegen Hepatitis C, welche eine rasche Genesung ermöglichen). Das Nebeneinander der beiden Kriterien PCG und Arzneimittelkosten führe zu einer Fokussierung auf Arzneimittel im ambulanten Bereich – auf Kosten anderer Behandlungsarten. Schliesslich präzisiert Assura, dass es aufgrund der möglichen Interferenzen zwischen dem Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim und dem Indikator PCG zwingend sei, dass während Spitalaufenthalt abgegebene Arzneimitteldosen den PCG zugeordnet werden.

Groupe Mutuel begrüsst die Einführung des Morbiditätsindikators PCG, mit dem chronischen Krankheiten bei der Berechnung des Risikoausgleichs besser Rechnung getragen werden könne. Dennoch ermögliche es dieser Indikator im Rahmen des Tiers garant nicht, die Gesamtheit der Kosten zu berücksichtigen, namentlich wenn Rechnungen von den Versicherten ihrem Versicherer nicht eingereicht würden, weil die Franchise nicht erreicht wird. Auf der an-

⁵ Der RVK äusserte sich zur Einführung des Indikators PCG sowie zur Beibehaltung des Indikators Arzneimittelkosten im Allgemeinen. Betreffend die einzelnen Bestimmungen der Verordnung schliesst er sich den Bemerkungen und Änderungsanträgen von **santésuisse** vorbehaltlos an. Er ist somit in diesem Kapitel in «**santésuisse**» mit-enthalten. Wenige Male ist er zusätzlich separat aufgeführt.

deren Seite spricht sich Groupe Mutuel gegen die Einführung des Indikators Arzneimittelkosten aus, weil dieser nicht auf einen Risiko-, sondern einen Kostenausgleich ziele. Buchstabe e sei demnach zu streichen.

Der **RVK** begrüsst die Einführung von PCG, steht dagegen der Beibehaltung des Indikators Arzneimittelkosten kritisch gegenüber.

Die Mehrheit der Versicherer von **santésuisse** begrüsst grundsätzlich das Abbilden von chronischen Krankheiten mittels PCG im Risikoausgleich. Für eine Minderheit der Versicherer sind PCG jedoch nicht geeignet, den Risikoausgleich zu verbessern. Insbesondere im Bereich Tiers garant könnten von Versicherten, welche den Selbstbehalt nicht erreichen und deshalb ihre Rechnungen beim Versicherer nicht einreichen, Informationen nicht in den Risikoausgleich einfließen, was eine Verzerrung der Resultate ergebe. Diese Problematik sei im Entwurf der VORA nicht gelöst. Für eine Minderheit der Versicherer ist Buchstabe e zu streichen, da ein Ausgleich von Arzneimittelkosten keine Risiken ausgleiche, sondern ein reiner Kostenausgleich sei.

Artikel 3 Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

AI und **TG** weisen darauf hin, dass der Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim als Fehlanreiz oder «Nebenwirkung» zu vermehrten Hospitalisationen führen könne, da der Versicherer für diese Versicherten aus dem Risikoausgleich entschädigt werde.

Die **GE KVG** ist der Ansicht, dass in der VORA festgelegt sein sollte, wie ein Aufenthalt während der Nacht über den Jahreswechsel zu berücksichtigen ist. Entweder sei dieser dem neuen oder dem alten Jahr zuzurechnen. Die GE KVG habe dies bisher in ihrem Leitfaden geregelt. Sie schlägt vor, Abs. 4 mit einem Buchstaben c. wie folgt zu ergänzen:

c. Ein Aufenthalt während der Nacht vom 31. Dezember auf den 1. Januar wird jeweils dem alten Kalenderjahr zugerechnet.

Artikel 4 PCG-Liste

ACSI und **FRC** sind der Auffassung, dass es angesichts der Komplexität der Aufgabe, der Grösse und der raschen Entwicklung des Arzneimittelmarktes sowie dem medizinischen Fortschritt illusorisch sei zu glauben, dass die PCG-Liste effizient und wirksam sein und bleiben werde. Zudem entstünden durch die Aktualisierung der Liste, mit der externe Expertinnen und Experten beauftragt werden sollen, Kosten, die FRC und ACSI lieber in die Gesundheitsförderung investiert sähen.

Die **FMH** erachtet es als unbedingt notwendig, zur vorgesehenen EDI-Verordnung und PCG-Liste im Rahmen einer Anhörung Stellung nehmen zu können. Die der PCG-Liste zu Grunde liegenden Studien und deren Ergebnisse seien den Anhörungsteilnehmern offen zu legen.

Für die **SPO** ist wichtig, dass die PCG-Liste jährlich angepasst wird.

Assura ist der Ansicht, dass die Bestimmung überarbeitet und klarer formuliert werden muss. Es müsse klar angegeben werden, auf welchen Grundlagen das EDI die PCG-Liste erlasse, welcher Prozess dabei gelte und wie die Liste revidiert werde. Ferner empfiehlt Assura die Schaffung einer neutralen Instanz, welche die Tätigkeit des EDI in diesem Bereich beaufsichtigt. Die Krankenkassen sollen Eingaben an diese Instanz richten können.

Abs. 1 :

Groupe Mutuel wehrt sich gegen die alleinige Kompetenz des EDI für die Erstellung der PCG-Liste. Die Aufgabe müsse einer neutralen Instanz übertragen werden, der die Versicherer auch Aktualisierungsanträge einreichen können.

Für **santésuisse** muss die Rechtsgrundlage dieses Absatzes nochmals geklärt werden. Im Verordnungsvorschlag fehle es an objektiven Kriterien, nach welchen das EDI die Liste der PCG bestimme, respektive revidiere. Insbesondere der Satzteil «...besonders kostenintensiven Krankheitsbildes...» lasse dem EDI einen zu grossen Ermessensspielraum und müsse konkretisiert werden. Zudem sollen die Versicherer die Möglichkeit haben Eingaben und Anpassungsanträge einreichen zu können.

Abs. 2:

H+ hat Vorbehalte gegenüber der vorgesehenen Nutzung des GTIN-Codes für die Codierung der Arzneimittel. Diese Vorbehalte wirken sich allenfalls auch auf die Ausgestaltung der PCG-Liste aus (siehe Bemerkungen zu Art. 7).

PharmaSuisse erachtet die Verwendung der GTIN-Nummer als nicht zielführend, da sie auf dem einzelnen Produkt basiere und zu einer unnötig grossen Datenflut führe. PharmaSuisse empfiehlt, anstelle dessen den ATC-Code zu verwenden.

Die alleinige Abstützung auf den GTIN-Code könnte gemäss **curafutura** in der Anfangsphase zu Problemen führen. Die Einführung des GTIN-Codes sei zwar vorgesehen, jedoch noch nicht etabliert. Deshalb sollte als Übergangslösung der Pharmacode als Alternative zum GTIN-Code vorgesehen werden.

Groupe Mutuel heisst die Verwendung der GTIN-Nummer gut, empfiehlt aber die Erarbeitung und Bereitstellung einer Konvertierliste von Pharmacode zu GTIN, um die Umstellung zu gewährleisten.

Santésuisse erachtet die Verwendung der GTIN als praktikabel und sinnvoll. Aktuell sei der GTIN jedoch nicht bei allen Versicherern vorhanden. Die Mehrheit der Versicherer fordert, dass jene Versicherer, welche überwiegend nach Pharmacode abrechnen eine Überleitung/Konvertierliste Pharmacode-GTIN zur einheitlichen Verwendung erhalten. Es sei zudem sicherzustellen, dass die von Leistungserbringern ausgestellten Rechnungen alle notwendigen Angaben enthalten. Santésuisse schlägt eine Ergänzung von Absatz 2 vor mit einer klaren Regelung für den Bezug von einzelnen Tabletten.

Abs. 3:

GSASA gibt zu bedenken, dass die Zuordnung eines Wirkstoffes zu nur einer PCG in der Praxis nicht umsetzbar sei, da ein Wirkstoff u.U. für mehrere Erkrankungen eingesetzt werde. Als Lösung schlägt GSASA vor, schon vor Inkraftsetzung der neuen Verordnung die Prozesse für die Festlegung der Anzahl standardisierter Tagesdosen zu regeln.

Santésuisse merkt an, im Zweifelsfall müsse die Bestimmung des Hauptwirkstoffes in der EAK beraten werden (vgl. auch Abs. 5).

Die **VSÄG** fragt sich ebenfalls, wie der Hauptwirkstoff von Kombinationspräparaten bestimmt werden kann, insbesondere wenn Arzneimittel, die schon seit Langem in Gebrauch sind, zu teuren Kombinationspräparaten kombiniert werden.

Abs. 4 :

FRC und **ACSI** äussern Bedenken, dass die Hierarchisierung von PCG durch das EDI, wenn mehrere PCG das gleiche gesundheitliche Problem betreffen, bedeutet, dass der Versicherer Daten zur Krankheit der versicherten Person sammeln darf, was sie entschieden ablehnen.

Hingegen wird die hierarchische Zuteilung der multimorbiden Patienten von der **SPO** unterstützt. Der Nachteil, dass erhebliche Zusatzkosten bei Patienten unterkompensiert würden, müsse im Auge behalten werden.

Santésuisse merkt an, im Zweifelsfall müsse die Hierarchisierung der PCG von der EAK beraten werden (vgl. auch Abs. 5).

Abs. 5 :

ACSI und **FRC** fürchten, dass das bereits sehr volle Pflichtenheft der EAK es dieser nicht erlaube, die neue Aufgabe zufriedenstellend zu erfüllen.

Die **FMH** fragt sich, wie die EAK aufgrund der bereits hohen Arbeitsbelastung die zusätzliche Aufgabe bewältigen wolle.

Assura und **santésuisse** schlagen eine Präzisierung der Bestimmung vor, wonach die EAK das EDI auch bei der Hierarchisierung von PCG und der Bestimmung der Wirkstoffe berät.

Artikel 5 Indikator PCG

VD bevorzugt die Formulierung «GCP» anstelle von «PCG», da Letztere im Zusammenhang mit anderen Sozialversicherungen, namentlich den Ergänzungsleistungen zu AHV und IV, Verwirrung stiften könnte.

Economiesuisse begrüsst die Einführung des Indikators PCG.

ACSI und **FRC** halten eine Kontrolle der komplexen Kriterien, die in diesem Artikel aufgezählt sind, für unrealistisch und bezweifeln, dass das Kontrollorgan dafür die nötigen Mittel haben wird.

Assura und **santésuisse** heben hervor, dass die Versicherer, welche das System des Tiers garant praktizieren – und darunter insbesondere jene mit einem grossen Anteil an hohen Franchisen in ihrem Versichertenportfolio –, durch den gewählten Ansatz für die Zuordnung der Versicherten zu PCG strukturell benachteiligt werden, weil für alle nicht eingereichten Rechnungen eine Zuordnung zu PCG nicht vorgenommen werden könne. Als Lösungsansatz wäre die elektronische Übermittlung der notwendigen Daten über den Kauf von Medikamenten durch die Apotheken denkbar. Es handle sich hier zweifellos um eine wichtige Lücke des Systems, die nicht hinnehmbar sei. Deshalb wird beantragt, eine Folgenabschätzung über das Zusammenspiel zwischen den PCG-Kriterien, den hohen Franchisen und dem Tiers Garant durchzuführen, und je nach Resultat angemessene Lösungen zu finden.

Groupe Mutuel hält die Anwendung des Indikators PCG im Rahmen des Tiers garant für problematisch, namentlich in Anbetracht der Rechnungen, welche Versicherte dem Versicherer nicht einreichen, weil die Franchise nicht erreicht wird.

Abs. 2:

Der **FMH** erachtet es als nicht korrekt, dass Versicherte, welche aus Gründen einer relativen Kontraindikation oder einer Intoleranz auf ein Arzneimittel dauerhaft eine geringere Dosis (als die standardisierte Tagesdosis) erhalten, von der PCG nicht erfasst werden. Die Festlegung von DDD sei deshalb problematisch. Weiter sei die Mindestanzahl bzw. aufgrund welcher Kriterien sie vom EDI festgelegt werde, nicht bekannt.

Assura könnte sich vorstellen, dass die DDD so definiert werden, dass sie nicht weniger kosten würden, als die höchste Franchise beträgt. Dies stehe jedoch im Widerspruch zum Ziel der Kostensenkung im Gesundheitswesen.

Curafutura weist auf folgende Problematik hin: Das Kriterium «Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen» bedingt, dass deren Anzahl korrekt erfasst wird. Das setzt voraus, dass die exakte Menge der bezogenen Tagesdosen (Anzahl Packungen) aus den Rechnungsdaten ermittelt werden kann. Dies sei aktuell gemäss Aussage diverser Krankenversicherer nicht möglich. Häufig fehle die Anzahl der Packungen ganz oder es werde die Anzahl Tabletten statt Packungen aufgeführt. Sodann ist curafutura der Ansicht, dass eine klare Trennung des Medikamentenkonsums nach Arzneimittel auf der PCG-Liste und übrige Arzneimittel faktisch nicht möglich sei. Nach ihr wäre es praktikabler, die Versicherten vor der Einteilung in PCG-Gruppen in zwei Gruppen aufzuteilen. Die Arzneimittelkosten pro versicherte Person würden auf das Kriterium geprüft, ob die Kostenschwelle überschritten werde. Nur die Versicherten, die diese Schwelle nicht überschritten haben, würden anschliessend darauf hin geprüft, ob sie in eine PCG-Gruppe fallen oder nicht. Änderungsvorschlag für Art. 5 Abs. 2:

² *Eine versicherte Person wird in eine PCG eingeteilt, wenn sie die Kostenschranke nach Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c nicht überschritten hat und wenn sie im Vorjahr eine bestimmte Mindestzahl standardisierter Tagesdosen von Arzneimitteln der Spezialitätenliste bezogen hat: [...]*

Als Vereinfachung schlagen verschiedene Versicherer von **santésuisse** vor, die Bildung einer Prä-PCG in der obersten Hierarchie zu prüfen, welche alle Versicherten mit sehr hohen Medikamentenkosten (Vorschlag: über CHF 50'000) enthält.

Abs. 3:

Die **GE KVG** weist darauf hin, dass ihr jeweils nur ein sehr enger Zeitrahmen zur Verfügung stehe, wenn die PCG-Liste am 1. Mai des Ausgleichsjahres in Kraft trete. Die GE KVG müsse die PCG-Liste jeweils in ihre Systeme integrieren und anschliessend entsprechende Tests durchführen. Zudem müsse sie den Krankenversicherern bereits in der zweiten Hälfte des Monats Juni die Risikoausgleichsabrechnungen zur Verfügung stellen. Sie empfiehlt deshalb, das Inkrafttreten der PCG-Liste auf den 1. März vorzuzuschieben (Änderung von Abs. 3).

Artikel 6 Indikator Arzneimittelkosten

Economiesuisse lehnt den modifizierten Arzneimittelindikator ab. Unterjährige Lücken gehörten zum normalen Versicherungsrisiko, das die Krankenversicherung zu tragen habe. Diese induzierten auch keine Risikoselektion, da die normale Vertragsdauer ein Jahr besteht und im Folgejahr die PCG bereits angepasst werden könnten. Für die seltenen Fälle der seltenen Krankheiten, die nicht in PCG eingeteilt seien, brauche es aus Sicht der Wirtschaft keinen eigenen Morbiditätsindikator. Der Risikoausgleich dürfe nicht auf die Spitze getrieben werden. Gewisse Risiken und Ungleichheiten sollen im System belassen werden. Schliesslich handle es sich um das Krankenversicherungssystem und nicht um ein Einheitskassensystem.

SPO weist darauf hin, dass dieser Indikator für die Betroffenen mit seltenen Krankheiten sehr wichtig sei. Damit werde Risikoselektion gewisser Kassen verhindert. Sie nehmen an, dass «Off-Label-Use» in Art. 6 im Sinne eines Auffangbeckens geregelt werde. Es müsse das Ziel sein, teure Patienten in ausreichend homogene Kostengruppen einzuteilen.

Assura und **Groupe Mutuel** sind für die Abschaffung des Indikators Arzneimittelkosten (siehe Ausführungen zu Art. 1) und folglich für die Streichung von Artikel 6.

RVK steht dem Indikator Arzneimittelkosten kritisch gegenüber.

Eine Minderheit der Versicherer von **santésuisse** ist für Streichung des Artikels. Ein Ausgleich von Arzneimittelkosten gleiche keine Risiken aus, sondern sei ein reiner Kostenausgleich. Der Einbezug von Arzneimittelkosten betreffe zudem nicht zwingend chronische Krankheiten und Personen mit Langzeittherapie.

Nach Auffassung der Versicherer von **santésuisse** müssen auch folgende Arzneimittel in die Berechnung des Risikoausgleichs einfließen:

- Magistralrezepturen gemäss Arzneimittelliste mit Tarif;
- Arzneimittel, die aus wirtschaftlichen Gründen von der OKP übernommen werden (z.B. grand frère);
- Off-Label-Use- Medikamente;
- Zusatzentgelte wie Arzneimittel und Blutprodukte gemäss SwissDRG System;
- Impfstoffe und Blutprodukte im ambulanten Bereich.

Abs. 1:

Nach Ansicht der **GE KVG** ist, entsprechend ihrem Änderungsantrag zu Art. 5 Abs. 3, auch in Art. 6 Abs. 1 Bst. a das Datum auf den 1. März vorzuverschieben.

Für **curafutura** ist es fraglich, ob der Risikoausgleich mit der Kostenschwelle (Abs. 1 Bst. d) die vom Bundesrat im KVG vorgeschriebene «Wahrung der Anreize zum Kosten sparen» erfüllt. Wird an der Arzneimittel-Kostenschwelle dennoch festgehalten, so stelle sich ein praktisches Problem bei der Abgrenzung der Risikogruppen: Es sei faktisch unmöglich, die bei einem Individuum effektiv anfallenden Arzneimittelkosten eindeutig einem bestimmten Arzneimittel zuzuordnen. Änderungsvorschlag für Art. 6 Abs. 1 und 2:

¹ *Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person im Vorjahr Arzneimittel der Spezialitätenliste bezogen hat:*

- a. die auf der PCG-Liste, die am 1. Mai des Ausgleichsjahrs in Kraft ist, nicht aufgeführt sind;*
- a. deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;*
- b. die Arzneimittel nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind; und*
- c. der vom Versicherer bezahlte Anteil an den Kosten dieser Arzneimittel, einschliesslich der Kostenbeteiligungen, (Bruttoleistungen) über einer bestimmten Kostenschranke liegt.*

² *Das EDI legt die Kostenschranke fest. Es berücksichtigt dabei Artikel 17a Absatz 2 KVG und achtet darauf, dass die Bemühungen zur Kosteneinsparung durch die Kostenschranke nicht beeinträchtigt werden.*

Anm.: Gemäss diesem Vorschlag muss die Reihenfolge der beiden Artikel getauscht werden (Artikel 5 wird zu 6 und umgekehrt).

Abs. 2:

Die **FMH** erachtet es als ungeeignet, wenn bezüglich der Höhe der Kostenschranke nach Holland geschaut wird, denn die Niederländer führten neben den pharmazeutischen noch diagnostische Kostengruppen. Die FMH verlangt, dass die Kostenschranke bereits in der Verordnung festgelegt wird.

PharmaSuisse kann nicht nachvollziehen, weshalb ein zweiter Indikator auf die Arzneimittel abstellt. Sie empfehlen, vor der Festlegung der Kostenschranke, die Auswirkungen genau zu prüfen.

Der **VSAO** kann nicht nachvollziehen, weshalb die Kostenschranke künftig höher liegen soll als bisher. Er schlägt vor, sie in Art. 6 Abs. 2 konkret festzuhalten und bei 5000 Franken Bruttoleistungen für Arzneimittel zu belassen.

Gemäss **Groupe Mutuel** sind die Kriterien für die Festlegung der Kostenschranke unzureichend definiert. Diese müsse nach einer versicherungsmathematischen und nicht nach einer empirischen Methode definiert werden.

Santésuisse beanstandet, es werde nicht transparent aufgezeigt, aufgrund welcher Kriterien oder mit Unterstützung welches beratenden Gremiums die Kostenschranke festgelegt werde. Santésuisse befürwortet eine versicherungsmathematische Festlegung der Kostenschranke und lehnt eine Festlegung nach subjektiven Angaben ab, bzw. eine detaillierte Analyse [Minderheit].

5.2 2. Abschnitt: Datenlieferung und Kontrolle der Daten

VD weist darauf hin, dass durch die Datenlieferungen der Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG (Art. 7 ff. E-VORA) bei dieser eine bisher nicht vorhandene Sammlung umfassender Individualdaten auf landesweiter Ebene entsteht. Es sollte deshalb eine formalgesetzliche Grundlage vorgesehen werden, die es ermöglicht, diese Daten in anonymisierter Form (in Bezug auf Versicherte und Versicherer) den zuständigen Behörden, die den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung regulieren müssen (d. h. Bund und Kantone), sowie zu Forschungszwecken zur Verfügung zu stellen.

ACSI und **FRC** weisen darauf hin, dass die Einführung des neuen Indikators PCG die Sammlung von Daten über die Krankheiten der Versicherten durch den Versicherer legitimiere, auch wenn die Daten pseudonymisiert geliefert werden – eine Praxis, die sie strikt ablehnen. Diese Daten hätten ihrer Ansicht nach einen tatsächlichen Nutzen im Rahmen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen, aber da santésuisse der Auffassung sei, dies sei nicht von der Grundversicherung zu übernehmen, sollen die Krankenkassen auch nicht zur Bearbeitung dieser Daten ermächtigt sein.

Assura hebt hervor, dass ihr viele Versicherte mit hohen Franchisen angehören (rund 47 % der erwachsenen Versicherten haben die Franchise von CHF 2500.– gewählt) und sie das System des Tiers garant praktiziert. Die Versicherten, die ihre Franchise nicht erreichen, schicken ihre Rechnungen nicht ein. Assura befürchtet deshalb, dass ihr der Ausgleichsanspruch, namentlich in Zusammenhang mit dem Indikator PCG, für einen Teil ihrer Versicherten mit Sicherheit entgeht, weil sie nicht über die nötigen Daten verfügen wird. Assura erachtet dies als bedeutende und nicht zulässige Schwachstelle im System. Sie fordert vom BAG, dass eine Folgenabschätzung über das Zusammenwirken von PCG-Indikator, hohen Franchisen und Tiers garant – die beide im KVG explizit vorgesehen sind – durchgeführt wird und abhängig von deren Ausgang angemessene Lösungen zu finden sind.

Groupe Mutuel weist darauf hin, dass es derzeit fast unmöglich sei, vollständige Daten zu liefern, da zahlreiche Rechnungen unvollständig seien. Folglich werde die Datensammlung qualitativ beeinträchtigt sein. Ausserdem würde dies das finanzielle Ergebnis insofern verfälschen, als die Über-/Unterkompensationen nur zum Teil korrigiert würden, was wiederum einen Einfluss auf die Berechnung der Versicherungsprämien hätte.

Der **RVK** hält fest, dass für ihn die zuverlässige Aufbereitung von einigen Informationen, welche zuvor in diesem Detaillierungsgrad nicht erhoben wurden, eine erhebliche Herausforderung darstelle.

Santésuisse weist darauf hin, dass die Versicherer in der aktuellen Rechnungsdaten-Situation die Vollständigkeit der Informationen nicht vollständig sicherstellen können. Fehlender Detaillierungsgrad der elektronisch gelieferten Rechnungen, unvollständige Rechnungen oder manuelle Leistungsbelege würden eine Gruppierung der Daten / Zuteilung der Medikamente teilweise unmöglich machen. Um allfällige Verzerrungen innerhalb des Risikoausgleichs zu verhindern, sei zum Zeitpunkt der Einführung der PCG sicherzustellen, dass die Daten vorgängig in einem Detaillierungsgrad geliefert werden, der geeignet ist, um die Berechnungen des Risikoausgleichs auf einer statistisch robusten Basis durchführen zu können.

Artikel 7 Datenlieferung

Assura weist darauf hin, dass ihr viele Versicherte mit hohen Franchisen angehören und sie das System des Tiers garant praktiziert. Die Versicherten, die ihre Franchise nicht erreichen, senden ihre Rechnungen nie ein. Sie befürchtet, dass ihr der Ausgleichsanspruch für einen Teil ihrer Versicherten entgeht, namentlich in Verbindung mit dem Indikator PCG, weil sie nicht über die notwendigen Daten verfügen wird. Sie hält dies für eine bedeutende Schwachstelle des Systems, die unzulässig sei.

Abs. 1 :

Das **CP** wehrt sich aus Datenschutzgründen gegen die Verwendung der AHV-Nummer im Rahmen der Datenlieferung vom Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung.

Die **FMH** erachtet es nicht als notwendig, dass wie in Art. 7 Abs. 1 vorgesehen Individualdatensätze geliefert werden. Es sei ausreichend, wenn die Versicherer aggregierte Daten liefern (z.B. x Versicherte mit Medikamenten zur Behandlung von Diabetes Typ 2 in der Altersgruppe 50 – 55 und Gesamtmedikamentenkosten zwischen Fr. 10'000.-- - 20'000.--). Insbesondere sei es nicht notwendig, dass mehrere Individualdatensätze zu einer Person zusammengeführt werden. Deshalb sei eine Übermittlung von Individualdatensätzen mit der AHV-Nummer, auch wenn sie in verschlüsselter Form erfolgt, nicht verhältnismässig und werde abgelehnt. Zudem meint die FMH dass nur Angaben zu denjenigen Arzneimitteln geliefert werden dürften, die besonders kostenintensiv sind, denn nur solche würden bei den PCG berücksichtigt. Die vorgesehene Lieferung der Daten sämtlicher Arzneimittel, die für einen Patienten abgerechnet wurden, sei für die Berechnung des Risikoausgleichs nicht notwendig und daher nicht verhältnismässig und folglich mit dem Datenschutz der Patienten nicht vereinbar.

GSASA erkennt einige Problemfelder, die es vor Inkraftsetzung zu klären gelte.

- Nutzung des GTIN-Identifikationscodes: VORA sieht als KEY den GTIN vor. Dieser sei kostenpflichtig für die Hersteller und müsse bei RefData beantragt werden.
- Produkte ohne GTIN: Nicht alle Inverkehrbringer würden für ihre Produkte einen kostenpflichtigen GTIN Code beantragen. Beispiele für Produkte die keinen GTIN Code führen werden: Spitalpräparate, Kindermedikamente, Rezepturen (ALT) Direktimporte.
- Produkte ohne GTIN: Viele Spitäler müssten Medikamente aus dem Ausland importieren, weil sie in der Schweiz generell oder wegen Lieferengpässen nicht verfügbar sind. Individuelle Spezialherstellungen der Spitäler verfügen ebenfalls nicht über einen GTIN
- Die Erarbeitung und das Führen der PCG-Liste sei sehr aufwendig: dies erfordere einen Mutationsprozess mit personellen und fachlichen Ressourcen und generiere zusätzliche erhebliche Aufwendungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung.
- Anzahl der standardisierten Tagesdosen pro Darreichungsform und pro Packung: werde nicht zuteilbare Fälle generieren und zusätzliche personelle und fachliche Ressourcen erfordern.
- Kassenzulässigkeit: Diverse Medikamente (siehe Produkte ohne GTIN) würden nicht auf der Liste der von Versicherern zu vergütenden Medikamente stehen.
- Implementation in die ICT Spitalsysteme bedinge eine genügend lange Vorlaufzeit (> 18 Monate). Gegenseitige Abstimmung sei erforderlich.

Die Lösung sieht GSASA in folgenden Massnahmen:

- GTIN: Einbezug betroffener Organisationen: Swissmedic, HCI Solutions (Basislieferant Stammdaten für fast alle Systeme), Apotheken und OFAC, FMH, H+ (insbes. Kinderspitäler wegen der Medikamentenkonfektionierungs- und Dosierungsproblemen), GSASA Softwareanbieter (SAP, OPALE, IG e-Health, etc.), KVG-Versicherer und angeschlossene Rechenzentren, Pflegeinstitutionen.
- Verpflichtung für alle Inverkehrbringer, ihre Produkte mit einem GS1 GTIN auszuzeichnen und die Daten jederzeit in aktueller Form den branchenüblichen Datenbanken zur Verfügung zu stellen.

- Regelung der Prozesse für Produkte ohne GTIN Kennzeichnung wie Spezialpräparate, (Direktimport, Spitalpräparate, Kinderpräparate, Rezepturen)

H+ sieht folgende Problemfelder, die es vor Inkraftsetzung der Verordnung zu klären gelte:

- Nutzung des Identifikations-Codes GTIN: Dieser sei nicht kostenfrei erhältlich und in der Schweiz nicht flächendeckend eingeführt. Da die Zuteilung eines GTIN durch RefData nicht kostenfrei sei, gäbe es heute Inverkehrbringer, die Produkte ohne offiziellen GTIN in den Markt bringen.
- Umgang mit Produkten, die keinen GTIN haben und Art. 5 der Verordnung erfüllen: Direktimporte, Kindermedikationen, Spezialprodukte der Spitäler, Rezepturen (ALT).
- Implementation des GTIN in die ICT-Systeme der Intermediäre (Index-Bereitsteller), Spitäler, Apotheken, Ärzteschaft, Versicherer, etc.: Die Umsetzung bedinge eine genügend lange Vorlaufzeit (>18 Monate). Eine gegenseitige Abstimmung sei unumgänglich.
- Die Erarbeitung und Führung einer Liste sei sehr aufwendig: Sie erfordere einen Mutationsprozess mit personellen und fachlichen Ressourcen und generiere erhebliche, zusätzliche administrative Aufwendungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung.

Die Lösung sieht H+ in folgenden Massnahmen:

- Einbezug betroffener Organisationen: Swissmedic, HCI Solutions (Basislieferant Stammdaten für fast alle Systeme), Apotheken und Ofac/Ifac, FMH, H+ und Spitäler (insb. Kinderspitäler, wegen der Medikamentenkonfektionierungsprobleme für Kinder), GSASA, Software-Anbieter (SAP; Opale, IG eHealth, etc.), KVG-Versicherer und angeschlossene Rechenzentren (z.B. Centris AG), ev. Pflegeinstitutionen.
- Verpflichtung für alle Inverkehrbringer, ihre Produkte mit einem GS1 GTIN auszuzeichnen und die Daten in jederzeit aktueller Form in den branchenüblichen Datenbanken zur Verfügung zu stellen.
- Vorgängige eingehende Prüfung der Auswirkungen auf Rechnungsstellungsprozess gemäss Art. 59 KVV.
- Regelung der Prozesse mit Import- und individuellen Spezialprodukten ohne GTIN.

K3 stellt sich nicht gegen eine zweckmässige Verwendung der neu wesentlich detaillierteren Daten, weil die kostenintensive Aufbauphase für die Datenlieferung bei den Krankenversicherern bereits erfolgt sei.

PharmaSuisse empfiehlt, anstelle des GTIN-Codes den ATC-Code zu verwenden.

Für den **SBV** stellt sich die Frage, ob die in Art. 7 Abs. 1 vorgesehene Datenlieferung tatsächlich Individualdaten beinhalten müsse. Die Versichertennummer der AHV lasse auf verschiedene Art Rückschlüsse auf die versicherte Person zu. Da es sich um Krankheitsdaten und somit um besonders schützenswerte Daten handle, sei hier Zurückhaltung angebracht. Mit dem Geburtsjahr könne die Alterskategorie genügend bestimmt werden.

Die **SPO** lehnt die Lieferung der AHV-Nummer ab und fordert die Streichung von Bst. b.

Die **VSÄG** hält Artikel 7 aus Sicht des Schutzes der Patientendaten und der Wahrung des Arztgeheimnisses für ungerechtfertigt und unzulässig. Sie führt aus, dass die neue Methode von den Versicherern verlange, Individualdaten ihrer Versicherten in pseudonymisierter Form an eine Gemeinsame Einrichtung zu liefern, welche diese oder zumindest Teile davon wiederum Revisoren und möglicherweise auch dem BAG zugänglich machen werde, während bis anhin nur gruppierte Daten zu liefern sind. Diese Individualdaten befänden sich bei den Versicherern, welche die Mittel haben, sie vollständig anonymisiert der Gemeinsamen Einrichtung zu übermitteln, wobei nur sie selbst über den Identifikationsschlüssel verfügen. Ferner sei die Verwendung der AHV-Versichertennummer nicht nötig, angesichts des in Artikel 11 erwähnten Verbindungs-codes. Darüber hinaus ist die VSÄG der Auffassung, die Gemeinsame Einrich-

tung müsse sich mit einer globalen Altersangabe, der vom Versicherer gelieferten Geschlechtsangabe und einem Code begnügen, ohne Geburtsdatum und AHV-Nummer (Letztere ermögliche zu leicht Rückschlüsse auf den Namen der versicherten Person). Zudem fehle die Beschreibung der Methode, welche die Anonymität garantieren soll. Die VSÄG empfiehlt, dass die FMH zumindest solide Garantien zum Verfahren einfordern solle, wenn schon die vollständige Anonymisierung nicht zu haben sei.

Assura, curafutura und **santésuisse** merken an, dass die Angabe des Geschlechts fehle, um die Person der richtigen Risikoklasse zuteilen zu können. Sie regen deshalb an, dieses Kriterium in die Liste in Absatz 1 aufzunehmen.

Betreffend Buchstabe e gibt Assura an, dass sie zurzeit nicht in der Lage sei, diese Daten für sämtliche Rechnungen, die sie übernimmt, zu liefern, und zwar vor allem aus den beiden folgenden Gründen:

- Aufgrund eines ihrer Verarbeitungsprozesse verfügt Assura nicht über den GTIN-Code sowie die Anzahl Packungen. Bis zum heutigen Tag habe sie diese Informationen nie benötigt. Dies bedeute, dass ihr rund 20 Prozent der Informationen fehlten. Assura ist derzeit daran, die Verarbeitungsprozesse anzupassen. Aufgrund der sehr kurzen Frist und angesichts der Masse an betroffenen Rechnungen sei jedoch nicht sicher, dass die IT-Systeme bis Ende 2016 angepasst seien.
- Selbst wenn die geplante Anpassung in der genannten Frist umgesetzt werden könnte, bleibe die Problematik des hohen Anteils an Versicherten mit hoher Franchise in Verbindung mit dem System des Tiers garant bestehen. Versicherte, die ihre Franchise nicht erreichen, würden ihre Rechnungen weiterhin nicht einschicken. Damit wird Assura – unabhängig von ihren Prozessen – ein Teil der Medikamentenkosten und damit ein Teil der GTIN-Codes und Anzahl Packungen fehlen. Aus diesen Gründen fordert Assura eine Analyse des Zusammenwirkens zwischen PCG, hohen Franchisen und dem Tiers garant.

Gemäss **curafutura** könnte die alleinige Abstützung auf den GTIN-Code in der Anfangsphase zu Problemen führen. Die Einführung des GTIN-Codes sei zwar vorgesehen, jedoch noch nicht etabliert. Deshalb sollte als Übergangslösung der Pharmacode als Alternative zum GTIN-Code vorgesehen werden. Weiter ist curafutura der Ansicht, dass aus Datenschutzsicht die Lieferung der AHV-Nummer, trotz Pseudonymisierung, problematisch sei. Die AHV-Nummer sollte deshalb nur geliefert werden, wenn dies absolut notwendig ist. Dies sei bei versicherten Personen der Fall, die den Versicherer wechseln. Bei allen anderen versicherten Personen genüge die interne Versicherungsnummer. Für Versicherte mit unterjährigem Wechsel des Wohnkantons müsse zusätzlich nach Anzahl Monate pro Wohnkanton differenziert werden. Curafutura schlägt folgende Ausgestaltung des Absatzes 1 vor:

¹ Für die Gruppierung der Daten und die Berechnung des Risikoausgleichs muss der Versicherer der Gemeinsamen Einrichtung nach deren Weisungen und in pseudonymisierter Form pro versicherte Person folgende Daten liefern:

- a. Wohnkanton;
- b. Versichertennummer;
- c. Versichertennummer der AHV für Versichererwechsler;
- d. Geburtsjahr;
- e. Geschlecht;
- f. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim;
- g. GTIN-Code, Anzahl Packungen und Bruttoleistungen für Arzneimittel;
- h. Anzahl Monate pro Wohnkanton, während deren die Person bei ihm versichert ist;
- i. Bruttoleistungen;
- j. Kostenbeteiligungen.

Groupe Mutuel weist darauf hin, dass die Vollständigkeit der zu liefernden Daten derzeit aufgrund verschiedener Faktoren, wie beispielsweise unvollständiger oder nicht eingereichter Rechnungen, nicht garantiert werden könne, was letztendlich die Gruppierung der Daten qualitativ beeinträchtige.

Der **RVK** weist darauf hin, dass die zuverlässige Aufbereitung der Daten unter Abs. 1 Ziffer e für die Krankenversicherer eine erhebliche Herausforderung darstelle.

Auch **santésuisse** weist darauf hin, dass die Versicherer in der aktuellen Rechnungsdaten-Situation die Vollständigkeit der Informationen nicht vollständig sicherstellen können. Fehlender Detaillierungsgrad der elektronisch gelieferten Rechnungen, unvollständige Rechnungen oder manuelle Leistungsbelege würden eine Gruppierung der Daten / Zuteilung der Medikamente teilweise unmöglich machen. Hier seien die Leistungserbringer ausdrücklich in die Pflicht zu nehmen, im Tiers payant (Rechnungen) wie auch im Tiers garant (Belege und Quittungen). Gestützt auf Art. 42 Abs. 3 KVG müsse das Departement gegebenenfalls die notwendige Regelung erlassen. Ferner weist **santésuisse** darauf hin, dass eine Inkohärenz bestehe zum Gesetz über das elektronische Patientendossier (ePDG), wo eine andere Personenidentifikationsnummer verwendet werde.

Abs. 2:

Die **FMH** meint, dass Art. 7 Abs. 2, gemäss dem ein zweiter Datensatz für das vorletzte Jahr vor der Datenlieferung geliefert werden soll, dem Art. 17 Abs. 2 KVG (Änderung vom 21.03.2014) der von den Verhältnissen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr spricht, widerspreche.

Abs. 3:

Assura verweist nochmals auf den strukturellen Nachteil für Tiers garant im Zusammenhang mit hohen Franchisen und auf die Notwendigkeit, eine Folgenabschätzung zu diesem Aspekt durchzuführen.

Artikel 8 Daten nicht mehr aktiver Versicherer

In Bezug auf Artikel 8 ff. ist die **VSÄG** der Meinung, der wissenschaftliche Wert einer Berechnung auf Basis von zwei Jahren müsse entweder belegt werden oder aber es sei davon abzukommen. Sie selbst sieht keinen Nutzen darin, Patientinnen und Patienten länger als ein Jahr zu beobachten, wenn sie jedes Jahr den Versicherer wechseln können. Ihr zufolge wäre es sogar eine zusätzliche Garantie zum Schutz des Individuums und des Arztgeheimnisses, wenn die Versicherer, die Verwaltung oder Statistiker die Versicherten nicht länger als ein Jahr beobachten können. Der Risikoausgleich werde auf ein Jahr berechnet, maximal zwei, wenn die betroffene Person sich einer Behandlung im Spital unterzieht, die im zweiten Jahr gleich lange dauert wie im ersten.

Betreffend Art. 8 Abs. 1 gibt die **GE KVG** folgendes zu Bedenken: Wenn ein Versicherer, welchem in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, keine Daten mehr liefern muss, so ginge damit die Information verloren, ob die Versicherten, welche zu einem anderen Versicherer wechseln mussten, im Vorjahr die Indikatoren der Morbidität (Aufenthalt, PCG, Arzneimittelkosten) erfüllten.

Artikel 9 Kontrolle der Daten

Die **GE KVG** bemängelt, dass in Art. 9 Abs. 1 – im Gegensatz zu den Datenlieferungen der Krankenversicherer – kein Termin erwähnt sei, bis zu welchem die Revisionsstellen der GE KVG ihren Bericht einreichen müssen. Die Erfahrungen der GE KVG zeigten, dass die Revisionsstellen ihren Bericht oftmals mit deutlicher Verspätung einreichen. Sie empfiehlt deshalb, auch für die Revisionsstellen den Termin vom 30. April für die Einreichung ihrer Berichte festzulegen und liefert auch einen entsprechenden Formulierungsvorschlag:

¹ Die Revisionsstellen der Versicherer reichen der gemeinsamen Einrichtung bis zum 30. April einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten ein.

5.3 3. Abschnitt: Berechnung des Risikoausgleichs

Das **CP** unterstützt die neue Berechnungsmethode, die sicherstellt, dass kantonal ein Nullsummenspiel entsteht und keine Zahlungen zwischen den Kantonen fliessen.

Economiesuisse begrüsst die Anpassung der Berechnung des Risikoausgleichs.

ACSI und **FRC** merken an, dass ein regionales Risikopooling, wie von der FRC, der ACSI und verschiedenen Gesundheitsakteuren insbesondere aus der Romandie vorgeschlagen, viel einfacher wäre als ein solch komplexer Risikoausgleich.

Assura, **curafutura** und **Sanitas**, die ausschliesslich einen Änderungsvorschlag für die Berechnung eingegeben hat (vgl. Bemerkungen von curafutura zu Artikel 14), sprechen sich dafür aus, dass für die Berechnung des Risikoausgleichs eine vollständigere Abwicklung (d.h. alle Kosten) zu berücksichtigen sei und dass dazu der zweite Datensatz verwendet werden soll.

Zudem soll gemäss **curafutura** und **Sanitas** ein Teuerungsfaktor einberechnet werden. Sie schlagen vor, diesen kantonal aus den Datenlieferungen 1 im Ausgleichsjahr und im Folgejahr zu berechnen. Da bei der Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge bereits der Bestand des Ausgleichsjahrs verwendet wird (VORA 2019 Art. 15), sei hier nur die Veränderung des Leistungsniveaus zu berücksichtigen. Die Durchschnittsleistungen des Jahres vor dem Ausgleichsjahr seien daher um den Effekt der demographischen Änderung zu neutralisieren. Daher seien die durchschnittlichen Nettoleistungen der Risikogruppen beider Jahre jeweils mit dem Bestand des Ausgleichsjahres zu multiplizieren. Eine demographische Auswirkung würde sonst doppelt berücksichtigt.

Groupe Mutuel erachtet es als notwendig, dass in der VORA die Frist genannt wird, bis zu der die Gemeinsame Einrichtung ihre Ergebnisse den Versicherern mitteilen muss, damit diese ihre Prämien in voller Kenntnis der Sachlage kalkulieren können. Darüber hinaus sei es nötig, die Versicherer jetzt schon über die Ergebnisse der Berechnung der Zuschläge zu informieren, die überwiesen werden. Insbesondere gewünscht sind Informationen über die landesweite Prävalenz sowie die Höhe der Zuschläge für jede PCG.

Bei **santésuisse** fordert die Mehrheit der Versicherer eine Art Teuerung (Kostensteigerungsfaktor) einzubeziehen.

Santésuisse wirft die Frage auf, welche Daten an die Versicherer zurückfliessen. Da die Berechnungen respektive Resultate des Risikoausgleichs in die Prämienkalkulation und -berechnung einfließen, müsse der Rückfluss der Informationen unbedingt in der VORA geregelt sein.

Artikel 10 Versichertenbestände

Abs. 1:

Assura, **Groupe Mutuel** und **santésuisse** erinnern daran, dass die Versicherungsdauer der Versicherten, in Monaten ausgedrückt, mit dem Bundesgerichtsurteil zu koordinieren sei, wonach die Versicherungsdauer in Tagen zu berechnen sei (Urteil vom 3. Dezember 2015 [9C_268/2015]). Assura schlägt vor, Absatz 1 wie folgt anzupassen:

¹ Für die Festlegung der Versichertenbestände eines Versicherers ist die Versicherungsdauer seiner Versicherten in Tagen massgebend.

Abs. 2 :

Die **GE KVG** merkt an, dass es den Krankenversicherern in der Praxis nicht möglich sei, zwischen Asylsuchenden mit und Asylsuchenden ohne Sozialhilfebezug zu unterscheiden. Dafür würden ihnen die entsprechenden Angaben fehlen.

Artikel 11 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten

BS und **PULSUS** begrüssen die Regelung, dass die Daten zu den Indikatoren der Morbidität aus dem Vorjahr auch bei Kassenwechseln nicht verloren gehen, sondern vollständig in die Berechnung des Risikoausgleichs einfließen, womit chronisch kranke Wechsler mit Aufenthalt, PCG und hohen Arzneimittelkosten für den neuen Versicherer attraktiver werden.

ACSI und **FRC** begrüssen die Tatsache, dass die Versicherer der Gemeinsamen Einrichtung künftig pseudonymisierte Individualdaten zu all ihren Versicherten liefern müssen und dass auch durch Versichererwechsel keine Daten verloren gehen. Sie sind allerdings der Meinung, dass die Daten nur durch die Gemeinsame Einrichtung zu Gesundheitsförderungs- und Präventionszwecken bearbeitet werden sollten. Ausserdem weist die **FRC** darauf hin, dass im erläuternden Bericht im Kommentar zu Absatz 1 anerkannt wird, dass man einen Anreiz für die Versicherer zur Jagd auf «schlechte Risiken» schaffen werde, was einer gewissen Komik nicht entbehre und bezeichnend für die Absurdität des aktuellen Systems sei.

Die **FMH** fordert, auf die geplante Zusammenführung der Daten zu verzichten und die Bestimmung zu streichen, da sie Art. 17 Abs. 2 KVG widerspreche. Der Versicherer müsse für den Risikobestand gemäss Vorjahr entschädigt bzw. belastet werden.

Die **VSÄG** bemerkt, dass im erläuternden Bericht ein Verbindungscode erwähnt wird, der ihrer Meinung nach in der VORA genannt und ausserdem genauer erläutert werden müsste. Sie fügt hinzu, dass die Verwendung des Codes in gesicherter Form erfolgen müsse, um die absolute Wahrung des Arztgeheimnisses zu garantieren.

Groupe Mutuel weist darauf hin, dass Bestimmungen zu den Fristen oder zum Endtermin fehlen, bis zu dem die Resultate dem Versicherer übermittelt werden müssen. Dies solle jeweils bis zum 10. Juni erfolgen.

Santésuisse macht darauf aufmerksam, dass ein Rückfluss der in Absatz 2 dieses Artikels sowie Artikel 24 Absatz 2 beschriebenen Resultate zu den Versicherern als notwendig betrachtet werde.

Weitere Bemerkungen zum Datenrückfluss an die Versicherer siehe Art. 24 Abs. 2.

Artikel 12 Einteilung der Versicherten in Risikogruppen

ACSI und **FRC** sprechen die Tatsache an, dass ein Versicherter in einem Pflegeheim zu einem höheren Ausgleichsbeitrag berechtigt als ein Versicherter, der zu Hause wohne. Sie weisen darauf hin, dass dies ein Anreiz sein könnte, den Eintritt in ein Pflegeheim zu verlangen.

Die **FMH** begrüsst die Einteilung pro Kanton – sofern die Daten in aggregierter Form geliefert würden – da so die unterschiedlichen Taxpunktswerte berücksichtigt würden.

PharmaSuisse ist der Ansicht, dass in dieser Bestimmung die Indikatoren PCG und Arzneimittelkosten fehlen.

Für die **VSÄG** liegt die Einteilung der Risikokategorien in «Risikogruppen pro Kanton» auf der Hand, angesichts der grossen kantonalen Kostenungleichheiten, welche insbesondere auf

grosse Unterschiede beim Taxpunktwert (TPW) zurückzuführen seien. Allerdings scheine die Gewichtung im Zusammenhang mit den Arzneimittelkosten nicht dieser Regel zu folgen. Zwar sei dies verständlich, da die Arzneimittelkosten nicht durch den kantonalen TPW beeinflusst seien, jedoch könne dies zu einer Verzerrung zulasten von gewissen («sparsamen») Kantonen führen.

Die VSÄG weist ferner darauf hin, dass die Berechnungsmethode im Fall von Kantonswechseln während der Berechnungsperiode nicht klar sei und dass bei der Einteilung ein Verzerrungsrisiko bestehe, zuungunsten der Kantone, deren Gesamtkosten pro Patient tiefer liegen. Die VSÄG empfiehlt, bevor die Methode zur Anwendung komme, eine Vorausschätzung der Veränderung (Kosten pro versicherte Person) mit der neuen Methode zu erstellen und diese den zuständigen Behörden vorzulegen (Kantonen und kantonalen Gesellschaften). Sie schlägt also vor, vor der Implementierung zu prüfen, ob die Berechnungsmethode angemessen ist.

Artikel 13 Einteilung im Zusammenhang mit PCG und Arzneimittelkosten

Die **FMH** bemängelt, dass bei der Einteilung im Zusammenhang mit PCG und Arzneimittelkosten keine Differenzierung nach Kanton vorgesehen sei. Dies könnte nach Meinung der FMH dazu führen, dass Versicherte aus Kantonen mit zurückhaltenden Therapieentscheiden Risikoausgleichszahlungen an Kantone mit aggressiveren Therapieentscheiden leisten müssten, was nicht gerecht wäre.

Artikel 14 Berechnung Gruppendurchschnitte

Der **SGV** beantragt, für die Berechnung der Schlusszahlungen jeweils die vollständigen Kostendatensätze heranzuziehen.

Die **FMH** weist darauf hin, dass gemäss Art. 17 Abs. 2 KVG (Änderung vom 21.03.2014) die durchschnittlichen Risikounterschiede in Bezug auf das Alter, das Geschlecht sowie weitere vom Bundesrat festgelegte Indikatoren der Morbidität aufgrund der Verhältnisse im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet werden. Von daher sei nicht nachvollziehbar, dass gemäss lit. a Daten vom vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr massgebend sein sollten.

PharmaSuisse fragt sich, ob mit den Bestimmungen in Bst. c die Arzneimittelkosten nicht doppelt gewichtet werden. Die Arzneimittelkosten seien ja schon in den Nettoleistungen der Versicherer enthalten.

Assura ist der Auffassung, dass die Berechnung des Risikoausgleichs auf der Grundlage eines sehr unvollständigen Behandlungsjahres von nur gerade 14 Monaten wenig Sinn macht. Ein gut ausgebauter Risikoausgleich dürfe nicht auf einer unvollständigen Datenbasis beruhen. Die Daten zum vorletzten Kalenderjahr werden gemäss Artikel 7 im Ausgleichsjahr erneut geliefert und umfassen somit 26 Behandlungsmonate. Deshalb ist sie dagegen, einen Kostensteigerungsfaktor hinzuzufügen, wie dies vorgeschlagen wird – das erscheint ihr zu einseitig. Ihrer Meinung nach führt ein Mechanismus, der de facto eine Teuerung vorsieht, einen negativen Anreiz ins System ein. Sie schlägt die folgenden Anpassungen für Artikel 14 vor:

Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen der einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg für das vorletzte Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet (Gruppendurchschnitt). Für die Berechnung sind massgebend:

- a. die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorvorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Einteilung der Versicherten in Risikogruppen;
- b. die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr;
- c. die Nettoleistungen der einzelnen Versicherer in den einzelnen Risikogruppen im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

Curafutura erachtet eine Berechnung des Risikoausgleichs auf Basis von vollständigen Daten für unabdingbar. Da die definitiven Schlusszahlungen erst im Jahr nach dem Ausgleichsjahr erfolgen, könne für die Berechnung der Gruppendurchschnitte ein vollständiger Datensatz herangezogen werden. Ein solcher Datensatz liege zu diesem Zeitpunkt aufgrund des «rollenden Datenlieferungssystems» vor: Die Periode des Datensatzes des Vorjahrs (t-1) sei jeweils identisch mit der Periode des Datensatzes des Vorvorjahrs (t-2), welcher für die Berechnung des Risikoausgleichs im Folgejahr benötigt werde. Die in der Verordnung vorgesehenen Daten für die Berechnung der Gruppendurchschnitte würden auf unvollständigen Leistungsdaten beruhen, obschon vollständige Leistungsdaten vor den Schlusszahlungen vorliegen würden. Curafutura schlägt deshalb vor, den Verordnungstext anzupassen, so dass die Gruppendurchschnitte nicht im Ausgleichsjahr, sondern erst im Folgejahr auf der Basis vollständiger Daten berechnet werden. Zudem soll gemäss curafutura ein Teuerungsfaktor berücksichtigt werden: Der Risikoausgleich stütze sich auf die Nettoleistungen pro Versicherten des Vorjahrs. Die Berücksichtigung einer Teuerung zwischen dem Vorjahr (t-1) und dem Ausgleichsjahr (t) sei nicht vorgesehen. Dies wäre jedoch aufgrund des «rollenden Datenlieferungssystems» im Folgejahr – bevor die Schlusszahlungen des Ausgleichsjahrs erfolgen – möglich. Die Teuerungsfaktoren pro Kanton könnten wie folgt geschätzt werden: Die effektiven Nettoleistungen pro Versicherten des Vorjahrs (Daten liegen im Ausgleichsjahr vor) und des Ausgleichsjahrs (Daten liegen im Folgejahr vor) würden je mit dem Versichertenbestand des Ausgleichsjahrs multipliziert. Der Quotient dieser beiden Produkte ergäbe dann die Teuerung. Mit dieser Methode würde eine «exogene» Teuerung geschätzt, ohne Berücksichtigung der demografischen Entwicklung (diese sei mit der Multiplikation der durchschnittlichen Nettoleistungen des Vorjahrs mit dem Versichertenbestand des Ausgleichsjahrs bereits berücksichtigt). Beide Datensätze haben eine Erfassungsperiode von 14 Monaten; es würde damit implizit angenommen, dass der Erfassungsgrad in beiden Datensätzen gleich hoch sei. Ein detaillierter Beschrieb dieser Methode mit einem Beispiel sei dem BAG zugestellt worden (Mail J.S., Sanitas an BAG vom 3. Februar 2016). Curafutura liefert folgenden Formulierungsvorschlag:

Im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, werden die durchschnittlichen Nettoleistungen der einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg für das Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet und mit einem kantonalen Teuerungsfaktor multipliziert, der das versichertenstrukturbereinigte Kostenwachstum zwischen dem Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr und dem Ausgleichsjahr berücksichtigt (Gruppendurchschnitte). Für die Berechnung sind massgebend:

a. – c. [...]

d. das versichertenstrukturbereinigte durchschnittliche Kostenwachstum zwischen dem Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr und dem Ausgleichsjahr, berechnet auf der Differenz der ersten Datensätze nach Artikel 7 Absatz 2 der beiden Datenlieferungen im Ausgleichsjahr und im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt.

Santésuisse liefert in seiner Stellungnahme eine Mehr- und eine Minderheitsposition:

- Die Mehrheit der Versicherer fordert, eine Art Teuerung (Kostensteigerungsfaktor) einzubeziehen. Die Berechnung des Risikoausgleichs auf einem sehr unvollständigen Behandlungsjahr von nur gerade 14 Monaten mache wenig Sinn. Ein gut ausgebauter Risikoausgleich dürfe nicht auf einer unvollständigen Datenbasis beruhen. Die Daten zum vorletzten Kalenderjahr werden gemäss Art. 7 im Ausgleichsjahr erneut geliefert und umfassen 26 Behandlungsmonate, was ein fast vollständiges Behandlungsjahr ergibt. Die vom Vorvorjahr auf das Vorjahr erfolgte Teuerung (Kostensteigerungsfaktor) lasse sich sehr einfach aus den Daten (Vorjahr und Vorvorjahr) ermitteln. Die berechneten Durchschnitte und Ansätze auf den Daten des Vorvorjahres lassen sich mit der Teuerung auf das Nettoleistungsniveau des Vorjahres anheben. Der so berechnete Risikoausgleich basiere so auf dem korrekten Nettoleistungsniveau des Vorjahres und bliebe prospektiv. Eine Unterscheidung der Versicherer sei für die Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen überdies nicht notwendig und zu streichen.
- Die Minderheit der Versicherer spricht sich dafür aus, die vom Vorvorjahr auf das Vorjahr erfolgte Teuerung (Kostensteigerungsfaktor) nicht zu berücksichtigen. Ein Mechanismus, der eine De-facto-Inflation darstelle, schaffe zusätzliche negative Anreize. Eine

solch vordefinierte Inflation basiere auf keiner objektiven Grundlage und könnte die Versicherer dazu verleiten, die Kostenkontrolle – eine ihrer Hauptaufgaben – zu vernachlässigen.

Santésuisse liefert daher auch zwei Formulierungsvorschläge:

- Der Formulierungsvorschlag *Mehrheit* lautet wie folgt:
Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen der einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg für das vorletzte Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet (Gruppendurchschnitt) und danach mit der aus den Daten ermittelten Teuerung auf das Nettoleistungsniveau des Kalenderjahrs vor dem Ausgleichsjahr angehoben. Für die Berechnung sind massgebend:
 - a. *die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorvorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Einteilung der Versicherten in Risikogruppen;*
 - b. *die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr;*
 - c. *die Nettoleistungen ~~der einzelnen Versicherer~~ in den einzelnen Risikogruppen im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.*
 - d. *die durchschnittlichen Nettoleistungen des vorletzten und des letzten Kalenderjahrs vor dem Ausgleichsjahr für die Berechnung der Teuerung.*
- Der Formulierungsvorschlag *Minderheit* lautet wie folgt:
Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen der einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg für das vorletzte Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet (Gruppendurchschnitt). Für die Berechnung sind massgebend:
 - a. *die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorvorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Einteilung der Versicherten in Risikogruppen;*
 - b. *die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr;*
 - c. *die Nettoleistungen ~~der einzelnen Versicherer~~ in den einzelnen Risikogruppen im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.*

Artikel 16 Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten

PharmaSuisse fragt sich, ob der Zuschlag für Arzneimittelkosten nicht zu einer doppelten Berücksichtigung der Arzneimittelkosten führen könnte. Die Arzneimittelkosten seien ja schon in den Nettoleistungen der Versicherer enthalten.

Abs. 2

Nach Auffassung von **Assura** und **santésuisse** muss das Vorgehen in Fällen ohne Hierarchisierung klar aufgezeigt werden. Das Vorgehen sei in der VORA zu regeln; eine Erwähnung lediglich im Kommentar reiche nicht aus. Sie schlagen folgende Ergänzung von Absatz 2 vor:

² *Ist eine versicherte Person in mehrere PCG eingeteilt, unter denen es eine Hierarchisierung gibt, so erhält der Versicherer den Zuschlag nur für die hierarchisch höchste PCG. Weist eine versicherte Person mehrere PCG auf und sind die entsprechenden PCG nicht hierarchisch organisiert, erhält der Versicherer für diese Person Zuschläge für alle PCG, in die sie eingeteilt wurde.*

Groupe Mutuel teilt die Ansicht von Assura und santésuisse. Sie fordert präzise Regeln betreffend den Anspruch des Versicherers auf Zuschläge, wenn eine versicherte Person in mehrere nicht hierarchisierte PCG eingeteilt wird.

Artikel 17 Festlegung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten

VD befürwortet die zweistufige Regressionsberechnung mittels Methode der kleinsten Quadrate.

Curafutura verweist auf ihre Stellungnahme zu Art. 14 betr. Vollständigkeit der Daten und macht folgenden Formulierungsvorschlag für Absatz 1:

¹ Im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, werden die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten mit einem Regressionsverfahren festgelegt. [...]

Artikel 20 Berücksichtigung nicht mehr aktiver Versicherer

Die **GE KVG** verweist auf ihre Bemerkung zu Art. 8 Abs. 1, mit welcher sie darlegt, dass – wenn ein Versicherer, welchem in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, keine Daten mehr liefern muss –, die Information verloren ginge, ob die Wechsler, im Vorjahr die Indikatoren der Morbidität erfüllten.

5.4 4. Abschnitt: Risikoausgleichszahlungen

Gemäss **ACSI** und **FRC** müssten, wenn das EDI ein Kontrollmandat habe, auch Sanktionen für Versicherungsgesellschaften vorgesehen werden, welche die Verordnung nicht einhalten.

Verschiedene Versicherer von **santésuisse** möchten die Akontozahlungen gerne in Raten bezahlen.

Artikel 21

Die **GE KVG** merkt an, dass die Renditen der Obligationen der Eidgenossenschaft von der SNB mit unterschiedlichen Laufzeiten ermittelt bzw. publiziert werden. Die GE KVG basiere ihre Berechnung der Vergütungszinsen des Risikoausgleichs jeweils auf den Renditen der Obligationen der Eidgenossenschaft mit einer Laufzeit von zwei Jahren. Die in der entsprechenden Publikation der SNB berücksichtigten Laufzeiten seien von der SNB in den vergangenen Jahren bereits einmal angepasst worden. Die GE KVG empfiehlt deshalb, in der VORA festzuhalten, dass die GE KVG die für die Berechnung der Vergütungszinsen massgebende Laufzeit der Obligationen der Eidgenossenschaft spezifiziere. Ihr Textvorschlag zur Ergänzung von Abs. 6 lautet:

⁶ Die gemeinsame Einrichtung legt die bei der Berechnung der Zinsen zu berücksichtigende Laufzeit der Bundesobligationen fest.

Assura wünscht, die Akontozahlungen vor dem 15. Februar leisten zu können. Nötigenfalls müssten nebst positiven auch negative Zinsen berücksichtigt werden. Assura bietet zwei Vorschläge für die Formulierung der Bestimmung:

² Die Akontozahlung ist zu leisten:

- a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung: nach Erhalt der Rechnung für die Anzahlung bis spätestens zum 15. Februar des Ausgleichsjahres.

⁶ [...]. Der Zins entspricht der Rendite der Bundesobligationen, ~~soweit diese positiv ist.~~ [...]

5.5 5. Abschnitt: Saldoabrechnungen und Korrekturen

ACSI und **FRC** wiederholen, wenn das EDI ein Kontrollmandat habe, müssten auch Sanktionen für Versicherungsgesellschaften vorgesehen werden, welche die Verordnung nicht einhalten.

Artikel 23 Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten

Curafutura weist auf die ihres Erachtens missverständliche Formulierung hin. Die Neuberechnung werde verweigert und trotzdem müsse ein Vorteil oder Nachteil für den fehlbaren Versi-

cherer festgestellt werden, was nur anhand einer Neuberechnung der Risikoausgleichs-Abrechnung möglich sei. Eine Neuberechnung sei also zwingend, der Ausdruck beziehe sich aber einmal auf die Berechnung der Ansätze und in Artikel 23 Absatz 3 auf die Berechnung oder Erstellung der Abrechnung. Das könne in der vorliegenden Form Verwirrung stiften. Curafutura schlägt folgende, ihres Erachtens klarere Formulierung für Absatz 3 vor:

³ *Die Gemeinsame Einrichtung kann den Versicherern, die fehlerhafte Daten geliefert haben, die sich zu ihren Gunsten ausgewirkt haben, nach der Verweigerung der Neuberechnung der Risikoausgleichsansätze nach den Absätzen 1 und 2 den ihnen daraus entstehenden Vorteil in Rechnung stellen. Dieser Vorteil ergibt sich aus einer Neuberechnung der Saldoabrechnung unter Verwendung der unveränderten Risikoausgleichsansätze und der neuen Versichertenzahlen.*

5.6 6. Abschnitt: Berichterstattung

Artikel 24

Abs. 1:

Die **FDP** und die **FMH** weisen auf Art. 28 Abs. 2 (Datenschutz) hin, wonach die von den Versicherern gelieferten Daten nur für «die Durchführung des Risikoausgleichs und die Erstellung der Statistik verwendet werden dürfen». Beide Organisationen verstehen nicht, wieso eine Übermittlung von Individualdaten an das BAG notwendig sei, da beide erwähnten Tätigkeiten der GE KVG obliegen. Die **FDP** erachtet die Pflicht zur Lieferung von Individualdaten an das BAG als unnötig, unverhältnismässig und vor allem nicht datenschutzkonform. Diese sensiblen Daten brauche das BAG für die Wahrnehmung seiner Aufsichtsaufgabe über den Risikoausgleich nicht. Die FDP fordert daher die Streichung von Art. 24 Abs.1 Bst. a.

Der **SGV** spricht sich klar dagegen aus, dass die gemeinsame Einrichtung dem BAG inskünftig Individualdaten liefern soll. Aus Sicht des SGV wäre eine solche Datenlieferung, die es für den Vollzug des Risikoausgleichs nicht brauche, nicht gesetzeskonform.

Der **SBV** erwartet, dass sichergestellt wird, dass die Daten, die das BAG auf diesem Weg sammelt, nicht zweckentfremdet werden.

Curafutura lehnt die uneingeschränkte Lieferung von Versichertendaten an das BAG entschieden ab. Die Gemeinsame Einrichtung dürfe lediglich die Befugnis erhalten, gruppierte Daten nach Kanton, Versicherer und Risikogruppe sowie die auf der Basis von Individualdaten ermittelten PCG-Zuschläge dem BAG zu liefern. Änderungsvorschlag für Absatz 1:

¹ *Die gemeinsame Einrichtung liefert dem BAG jährlich:*

- a. die gruppierten Daten pro Kanton, Versicherer und Risikogruppe sowie die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten;
- b. *die berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge der Versicherer nach Kantonen und für die ganze Schweiz.*

Für den **RVK** sind für die systematische Übermittlung der durch die gemeinsame Einrichtung pseudonymisiert erhobenen Individualdaten nach Art. 7 VORA an das BAG weder nachvollziehbare Gründe noch eine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Zum gleichen Zeitpunkt übermitteln die Krankenversicherer die Aufsichtsdaten an das BAG gemäss den einschlägigen Bestimmungen des Aufsichtsrechts. Die parallele Lieferung von Individualdaten durch die gemeinsame Einrichtung erscheint dem RVK daher unnötig und unverhältnismässig, weshalb er die ersatzlose Streichung von Art. 24 Abs. 1 lit. a VORA verlangt.

Santésuisse kann nicht nachvollziehen, was die Lieferung der Individualdaten mit dem Umweg über die Gemeinsame Einrichtung KVG bezweckt. Im Rahmen der Lieferung der Indivi-

dualdaten EFIND1 und EFIND2 sei sicherzustellen, dass die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen erfüllt seien, damit eine Datenlieferung der entsprechenden Daten überhaupt erfolgen könne.

Abs. 2

Die **SVP** regt an, in der Verordnung auch der Datenrückfluss an die Versicherer noch zu regeln, da die Resultate des Risikoausgleichs in die Prämienberechnung einfließen.

Für **Assura** ist zentral, dass die Versicherer die aggregierten Daten und die Analysen von der Gemeinsamen Einrichtung bis zum 10. Juni erhalten (einschliesslich der Zuordnung des Versicherten zur Morbiditätsgruppe sowie die Zuschläge pro Morbiditätsgruppe), aber auch dass sie die notwendigen Mittel erhalten, um die Zuteilung ihrer Versicherten in die verschiedenen PCG selber vornehmen zu können. Risikoausgleichssysteme anderer europäischer Länder enthalten diese beiden Elemente; dort stellen die für den Risikoausgleich zuständigen Institutionen den Versicherern vor der Tarifgestaltung die notwendigen Analysen und Angaben sowie die Algorithmen/Softwares (Grouper) zu, mit denen die Versicherten in die verschiedenen PCG eingeteilt werden können. In jedem Fall müsse den Versicherern garantiert werden, dass sie die Software erhalten, mit der sie die Zuteilung der Versicherten zu den PCG vornehmen können.

Assura und **santésuisse** schlagen folgende Ergänzung von Abs. 2 vor:

² [...] Diese Statistik wird den Versicherern bis am 10. Juni des Ausgleichsjahres zugänglich gemacht. Die Versicherer erhalten zudem Informationen, welche ihrer Kunden in welche PCG eingeteilt wurden und jeder Versicherer erhält die notwendigen Mittel, um die Zuteilung seiner Versicherten selber vorzunehmen.

In der VORA 2019 ist gemäss **curafutura** die Zustellung der berechneten Risikoausgleichsdaten an die Versicherer nicht geregelt. Mit der neuen Berechnungsmethode könnten die Versicherer anhand des Versichertenbestands und den Abgaben/Beiträgen nicht die individuellen Risikoausgleichsansätze nachrechnen. Diese Daten seien aber einerseits für die Nachvollziehbarkeit und andererseits für die Prämienberechnungen nötig (Nachweis Kosteneinsparung alternative Versicherungsmodelle, Rentabilitätsrechnungen, Prognosen etc.). Curafutura macht folgenden Vorschlag für eine Ergänzung:

^{1bis} Unmittelbar nach erfolgter Berechnung der Risikoausgleichsansätze liefert die Gemeinsame Einrichtung dem jeweiligen Versicherer pro versicherte Person:

- a. die Versichertennummer;
- b. den entsprechenden Risikoausgleichsansatz;
- c. den entsprechenden Zuschlag für PCG oder hohe Arzneimittelposten.

Groupe Mutuel erachtet es als notwendig, dass in der VORA die Frist genannt wird, bis zu der die Gemeinsame Einrichtung ihre Ergebnisse den Versicherern mitteilen muss, damit diese ihre Prämien in voller Kenntnis der Sachlage kalkulieren können. Darüber hinaus sei es nötig, die Versicherer jetzt schon über die Ergebnisse der Berechnung der Zuschläge zu informieren, die überwiesen werden. Insbesondere gewünscht sind Informationen über die landesweite Prävalenz sowie die Höhe der Zuschläge für jede PCG.

Santésuisse macht darauf aufmerksam, dass die Resultate im Rahmen der Prämienberechnung ein nicht zu unterschätzender Bestandteil seien, so dass ein Rückfluss der in Artikel 11 Absatz 2 und 24 Absatz 2 beschriebenen Resultate zu den Versicherern als notwendig betrachtet werde. Der Rückfluss der Informationen müsse unbedingt in der VORA geregelt sein. Die Daten seien von der GE KVG vor dem 10. Juni an die Versicherer zu liefern (inklusive der Zuordnung des Versicherten zur Morbiditätsgruppe sowie die Zuschläge pro Morbiditätsgruppe). Die Zusammenführung müsse pro versicherte Person erfolgen. Santésuisse schlägt dieselbe Ergänzung von Absatz 2 vor wie Assura (siehe oben).

Abs. 4:

Mehrere Versicherer weisen auf einen Schreibfehler beim Verweis auf die Absätze hin und machen folgenden Änderungsvorschlag:

⁴ Die Statistik nach Absatz 2 und der Bericht nach Absatz 3 sind jährlich zu veröffentlichen.

Abs. 5:

Mehrere Versicherer weisen auf die zentrale Bedeutung der Risikoausgleichsstatistik, mit Aussagen zum gesamten Schweizer OKP-Markt, für die Versicherer im Tagesgeschäft hin. **Assura** und **santésuisse** sind der Auffassung, dass die Versicherer beim Design der Statistik und bei der Festlegung des Inhaltes zwingend einbezogen werden müssen. **Curafutura** scheint es sinnvoll, dass die Versicherer bei der technischen Ausgestaltung der Statistik mitreden dürften.

Änderungsvorschlag von Assura, RVK und santésuisse:

⁵ Die gemeinsame Einrichtung und das BAG legen, nach Anhörung der Versicherer, den Inhalt der Statistik und des Berichts gemeinsam fest.

Änderungsvorschlag von curafutura:

⁵ Die gemeinsame Einrichtung, das BAG und die Versicherer legen den Inhalt der Statistik und des Berichts gemeinsam fest.

5.7 7. Abschnitt: Finanzierung und Durchführung

Artikel 25 Verwaltungskosten

BS vermisst in den Erläuterungen Angaben darüber, welchen zusätzlichen Verwaltungsaufwand die neuen Anforderungen an die Datenlieferungen der Versicherer in den Risikoausgleich nach sich ziehen. Die Umstellung von der Lieferung gruppierter Daten auf pseudonymisierte Individualdaten aller dem Risikoausgleich unterstellten Versicherten habe möglicherweise eine erhebliche Tragweite, die sich in den Verwaltungskosten der Versicherer bemerkbar machen könnte.

Artikel 26 Fonds

Die **GE KVG** weist darauf hin, dass die bei ihr auflaufenden Zinsen in den letzten Jahren jeweils vergleichsweise gering waren (im Jahr 2015 ca. TCHF 41). Es sei davon auszugehen, dass die Verzinsung der Gelder des Risikoausgleichs auch in den nächsten Jahren tief sein werde. Auf der anderen Seite entstünden bei der GE KVG bei der Berechnung der den einzelnen Versicherern auszahlenden Anteile an den Zinseinnahmen Verwaltungskosten (inkl. Revisionskosten). Sie empfiehlt deshalb, dass die GE KVG die bei ihr auflaufenden Zinsen, welche den Betrag von TCHF 500 übersteigen, für die Deckung der Verwaltungskosten nach Art. 25 VORA verwendet. Dies würde einerseits zu einer Reduktion des administrativen Aufwands führen und andererseits wäre auch damit sichergestellt, dass die Versicherer weder besser noch schlechter gestellt würden, da die Verwaltungskosten den Versicherern gemäss ihrem Versicherungsbestand anteilmässig verrechnet werden. Ihr Textvorschlag für Abs. 2:

² Auflaufende Zinsen, die den Betrag von 500'000 Franken übersteigen, werden für die Deckung der Verwaltungskosten nach Artikel 25 verwendet.

5.8 8. Abschnitt: Datenschutz, Verfahren und Aufsichtsmaßnahmen

ACSI und **FRC** sind strikt dagegen, dass keine Rückschlüsse auf die Versicherer möglich sind. Ihrer Ansicht nach braucht es ein transparentes System. Andernfalls wird verhindert, dass andere Akteure als das EDI eine zusätzliche Kontrolle durchführen können. Ferner ist für sie zentral, dass sämtliche Kosten, die aus der Verletzung der Datenlieferungs- oder anderer Pflichten resultieren, dem schuldigen Versicherer auferlegt werden.

Artikel 28 Datenschutz

Die **FDP** führt an, dass nach Art. 28 Abs. 2 (Entwurf) die Daten nur für die Durchführung des Risikoausgleichs und die Erstellung der Statistik verwendet werden dürfen. Beide erwähnten Tätigkeiten obliegen der gemeinsamen Einrichtung. Das BAG brauche diese sensiblen Daten für die Wahrnehmung seiner Aufsichtsaufgabe über den Risikoausgleich nicht. Die FDP erachtet die Pflicht zur Lieferung von Individualdaten an das BAG als unnötig, unverhältnismässig und vor allem nicht datenschutzkonform. Sie fordert bei Art. 28 Abs. 1 die Streichung von «dem BAG und».

ACSI und **FRC** wünschen aus Transparenzgründen, dass die Daten, welche Rückschlüsse auf den Versicherer zulassen, öffentlich sind.

Gemäss **FMH** und **VSÄG** müsste die Art der «Dritten, die mit der Verarbeitung der Daten beauftragt werden», im zweiten Absatz definiert werden. Der Datenschutz verlange hier Transparenz.

PULSUS vertritt die Auffassung, dass höchste Sicherheitsvorkehrungen hinsichtlich des Datenschutzes eingehalten werden müssen, denn es würden sensible Patientendaten gespeichert, an denen allein schon wegen der Menge der gespeicherten Daten, viele Berechtigte und Unberechtigte ein substantielles Interesse hätten. Die Sicherheitsmassnahmen müssten gewährleisten, dass ein Datenmissbrauch verhindert werde.

Artikel 30 Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen

ACSI und **FRC** wiederholen dass die Verordnung auch Mittel vorsehen müsse, mit der ihre Einhaltung garantiert werden könne (vgl. Kommentar zu Art. 23).

5.9 9. Abschnitt: Wirkungsanalyse

Artikel 31

Der **TG** erachtet als wichtig, dass für zukünftige Anpassungen des Risikoausgleichs die bereits etablierten Indikatoren auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

ACSI und **FRC** begrüßen den Willen, eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung über die Wirksamkeit des Systems durchzuführen, vorausgesetzt, dass man dann auch den Mut hat, das System rasch zu ändern, wenn die unabhängige Studie zum Schluss kommt, dieses sei nicht wirksam oder die Betriebskosten seien zu hoch.

Die **FMH** erachtet die Durchführung einer Wirkungsanalyse als sehr wichtig. Wer wird nebst dem EDI Zugang zu den Ergebnissen der Begleitstudien haben? Ist vorgesehen, dass die Studien veröffentlicht werden? Diese Fragen sollte die Verordnung beantworten.

PharmaSuisse begrüsst sehr, dass die Verfeinerung des Risikoausgleichs mit einer Wirkungsanalyse überprüft werden soll.

Für die **SPO** ist die Wirkungsanalyse wichtig, um rechtzeitig Anpassungen vornehmen zu können.

Assura und **santésuisse** halten es für zentral, dass die wissenschaftliche Untersuchung den Versicherern zugänglich gemacht wird. Sie schlagen deshalb einen Absatz 3 vor, der den Zugang der Versicherer zu den Ergebnissen der Untersuchung vorsieht.

Nach dem **BFG** sollte die Wirkungsanalyse – nach vorgängiger Ausschreibung – an eine systemkundige Organisation respektive Stelle ausserhalb der Verwaltung delegiert werden.

5.10 10. Abschnitt: Schlussbestimmungen

Groupe Mutuel ist von der Notwendigkeit einer Testphase mit mindestens zwei Probeläufen überzeugt, damit die Wirkung der neuen Berechnung des Risikoausgleichs auf die Versicherungsprämien sowie das ordnungsgemässe Funktionieren der Datensammlung und der Berechnung evaluiert werden können. Deshalb sei das Inkrafttreten frühestens auf den 1. Januar 2021 vorzusehen.

Artikel 34 Übergangsbestimmung

Assura erläutert, dass die bedeutenden Änderungen, welche die Vorlage vorsieht, die Unvorhersehbarkeit der durch den Risikoausgleich erzeugten Kosten vergrössern werden. Assura bedauert, dass die Vorlage keine Testphase vorsieht, welche den Krankenversicherern erlauben würde, die Kosten zu antizipieren und bei der Prämienfestlegung zu berücksichtigen. Assura insistiert, es sei eine zweijährige Testphase vorzusehen und der Artikel folglich insofern anzupassen, dass alle darin genannten Daten um zwei Jahre verschoben werden.

Curafutura regt an unter den «Übergangsbestimmungen» einen Artikel hinzufügen, der für die ersten Jahre der VORA 2019 die Lieferung des Pharmacodes als Alternative zum GTIN-Code vorsieht (vgl. Stellungnahme zu Art. 7).

Groupe Mutuel regt eine Anpassung der Fristen an und entsprechend eine Verschiebung des Inkrafttretens der revidierten VORA um mindestens zwei Jahre.

Artikel 35 Inkrafttreten

Die **FDP** plädiert dafür, die neuen Regelungen einer Testphase bzw. einem Probelauf zu unterstellen.

Für die **SVP** wäre eine Testphase für die Umsetzung der PCG sinnvoll, damit die Praktikabilität und die Auswirkungen getestet werden können. Diese Testphase müsste auf zwei Jahre angelegt sein, womit die Einführung der PCG auf das Jahr 2021 zu verschieben wäre, damit die nötigen Daten zur Beurteilung der Auswirkungen möglichst vollständig wären.

Auch der **SGV** spricht sich dafür aus, dass vor der definitiven Einführung des angepassten Risikoausgleichs ein Probelauf durchgeführt werde, der aber nicht zu einem späteren Inkrafttreten führen dürfe.

H+ und **GSASA** geben zu bedenken, dass die Implementation des GTIN in die ICT-Systeme der Intermediäre (Index-Bereitsteller), Spitäler, Apotheken, Ärzteschaft, Versicherer eine genügend lange Vorlaufzeit (>18 Monate) bedinge. Eine gegenseitige Abstimmung sei unumgänglich.

Die **GE KVG** gibt zu bedenken, dass die Durchführung von Probelaufen nicht möglich sei, wenn das Inkrafttreten der revidierten VORA auf den 1. Januar 2019 festgelegt werde. Bisher sei jede bedeutende VORA-Änderung mit jeweils zwei Probelaufen, an welchen die Krankenversicherer teilnehmen konnten, vorbereitet worden. Ein Grossteil der Krankenversicherer habe an diesen Probelaufen teilgenommen. Dadurch hätten allfällige Probleme (z.B. systematische Datenlieferungsfehler) frühzeitig erkannt und eliminiert werden können. Zudem konnten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, welche bei der ordentlichen Durchführung jeweils von grossem Nutzen gewesen seien. Bei dem sich in der Anhörung befindenden VORA-Entwurf handle es sich um die bisher bedeutendste VORA-Änderung. Dies sowohl in Bezug auf die zu erhebenden Daten (neu Individualdaten) wie auch in Bezug auf die Berechnung des Risikoausgleichs (neu zweistufiges Regressionsverfahren). Ausserdem seien neu auch die Daten der Versichererwechsler durch die GE KVG zusammenzuführen. Die Durchführung von Probelaufen sei deshalb insbesondere auch bei dieser Revision essentiell.

Assura plädiert angesichts ihres Kommentars zu Artikel 34 für eine Verschiebung des Inkrafttretens auf den 1. Januar 2021. Sollte die Verordnung 2019 in Kraft treten, würden die Versicherer gezwungen sein, die Prämien festzusetzen, ohne die Kosten zu kennen. Das sei untragbar. Trete die Verordnung 2020 in Kraft, könnte nur ein einziger Test durchgeführt werden. Eine Abstimmung (zwischen Testjahr 1 und 2) wäre unmöglich und eine Überprüfung der Resultate äusserst schwierig. Eine Einführung vor 2021 und ohne 2 Testläufe sei somit nicht vertretbar. Assura als grösste Beitragszahlerin wäre gefährdet und damit auch das ganze System.

Curafutura unterstützt den vorgesehenen Zeitplan (Einführung per 2019) und lehnt eine Verschiebung auf das Jahr 2020 ab. Curafutura begrüsst die Durchführung eines Probelaufs, die Prozesse sollen jedoch bereits im Jahr 2018 getestet werden. Für die Durchführung der Tests müssten die dafür benötigten Daten noch nicht exakt stimmen bzw. vollständig sein, da im Rahmen eines Probelaufs keine Ausgleichszahlungen ausgelöst würden. Die Schlusszahlungen des Risikoausgleichs 2019 erfolgen erst Mitte 2020, so dass allfällige Fehler noch rechtzeitig erkannt und korrigiert werden könnten.

Groupe Mutuel regt eine Verschiebung des Inkrafttretens um mindestens zwei Jahre an.

Der **RVK** verlangt mit Nachdruck die Einräumung einer angemessenen Testphase, welche die Durchführung von Probelaufen ermögliche.

Santésuisse fordert für eine solche markante und grundlegende Änderung des Risikoausgleichs zwingend einen vorgängigen Testlauf. Voraussetzung für Testläufe sei die rechtzeitige Festlegung der PCG und sämtlicher Elemente, welche die Erhebung und Bereitstellung der Daten beeinflussen. Die PCG und alle für den Risikoausgleich relevanten Elemente seien dringend zu definieren und im Rahmen der Testläufe zu prüfen. Die Mehrheit der Versicherer spricht sich dafür aus, die Testphase so zu planen, dass das Inkrafttreten 2019 beibehalten werden kann. Die Minderheit der Versicherer spricht sich in Anbetracht des nicht unerheblichen Testaufwandes für eine Verlegung des Inkrafttretens auf 2021 aus.

Nach dem **BFG** muss der vorgesehene Termin eingehalten werden. Bis dahin sollten in den Jahren 2017 und 2018 die Auswirkungen des modifizierten Risikoausgleichs in einer Schattenrechnung simuliert werden.

5.11 Neu zu definierende Bestimmungen

Nach der **FMH** fehlt eine Bestimmung zur Löschung der Daten. Sie schlägt folgende Bestimmung vor: Sobald der Risikoausgleich durchgeführt und die Rechtsmittelfrist unbenutzt abgelaufen ist, sind die Daten zu löschen.

K3 schlägt folgende zusätzliche Bestimmung (Art. 31a Evaluation der neuen Indikatoren) vor: Das BAG führt zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes eine wissenschaftliche Untersuchung durch zur Wirksamkeit der Indikatoren nach Art. 5 (PCG) und 6 (Arzneimittelkosten). Zu vergleichen sind namentlich die Wirkungen des Risikoausgleichs nur mit den Indikatoren gemäss Art. 1 bis 3 mit demjenigen mit allen Indikatoren.

Nach dem **BFG** sollte nach Einführung ab dem 1. Januar 2019 eine ständige, unabhängige Überprüfung bei laufendem Betrieb eingesetzt werden.

5.12 Weitere Vorschläge

VD merkt an, dass wahrscheinlich noch gewisse offensichtliche Kriterien fehlten, namentlich betreffend DRG oder andere Grouper.

H+ und **GSASA** regen an, alle Inverkehrbringer zu verpflichten, ihre Produkte mit einem GS1 GTIN auszuzeichnen und die Daten in jederzeit aktueller Form in den branchenüblichen Datenbanken zur Verfügung zu stellen.

Zudem sei gemäss **H+** eine eingehende Prüfung der Auswirkungen einer Einführung des GTIN auf den Rechnungsstellungsprozess gemäss Art. 59 KVV vorzunehmen und der Umgang mit Import- und individuellen Spezialprodukten sei zu regeln.

GSASA regt eine Regelung der Prozesse für Produkte ohne GTIN-Kennzeichnung wie Spezialpräparate (Direktimport, Spitalpräparate, Kinderpräparate, Rezepturen) an. Weitere Regelungen seien nötig für die Festlegung der Anzahl standardisierter Tagesdosen.

PharmaSuisse würde gerne auch weitere Massnahmen unterstützen, die bei den Versicherten Anreize schaffen, um zu Gunsten ihrer Versicherten in der Prävention und in qualitativ hochstehende Behandlung zu investieren. Sie denken auch an eine Möglichkeit für die Versicherten, sich freiwillig vertraglich mit einem Versicherer längerfristig zu binden.

PharmaSuisse verweist überdies auf die parlamentarische Initiative 13.411 Kessler. Gemäss dieser sei klar festgestellt worden, dass das System des Tiers garant zur gezielten Risikoselektion führen könne. Sie schlagen daher vor, das System des Tiers garant bei den Parametern des Risikoausgleichs zu berücksichtigen oder im Tiers garant eine sehr kurze Rückerstattungsfrist für die Versicherer gesetzlich zu verankern. Das Fehlen dieser Frist könne zur Risikoselektion missbraucht werden.

Der **RVK** möchte auch die Leistungserbringer, denen eine zentrale Rolle bei der Erhebung der für den Risikoausgleich notwendigen Informationen zum Arzneimittelbezug zukommt, in die Pflicht nehmen. Es sei an einem geeigneten Ort zu definieren, welche Informationen auf ärztlichen Verschreibungen, Rechnungen und Belegen im System des Tiers garant wie auch im System des Tiers payant obligatorisch zu vermerken seien.

Santésuisse weist auf den fehlenden Detaillierungsgrad der elektronisch gelieferten Rechnungen, unvollständige Rechnungen oder manuelle Leistungsbelege hin, welche eine Gruppierung der Daten / Zuteilung der Medikamente teilweise verunmögliche. Hier seien die Leistungserbringer ausdrücklich in die Pflicht zu nehmen, im Tiers payant (Rechnungen) wie auch

im Tiers garant (Belege und Quittungen). Gestützt auf Art. 42 Abs. 3 KVG müsse das Departement gegebenenfalls die notwendige Regelung erlassen.

Anhang

Liste der Anhörungsteilnehmenden⁶ und Abkürzungen

Liste des participants à la consultation et abréviations

Elenco dei partecipanti alla consultazione e abbreviazioni

Abk. Abrév. Abbrev.	Anhörungsteilnehmer / participants à la consultation / parteci- panti alla consultazione
Kantone / Cantons / Cantoni	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'Etat du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'Etat du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'Etat du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'Etat du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'Etat du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'Etat du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'Etat du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'Etat du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'Etat du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'Etat du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'Etat du canton de St-Gall

⁶ in alphabetischer Reihenfolge aufgrund der Abkürzung

	Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'Etat du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'Etat du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'Etat du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'Etat du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'Etat du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'Etat du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'Etat du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'Etat du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'Etat du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale	
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni delle città e delle regioni di montagna	
SSV	Schweizerischer Städteverband (SSV) Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dell'economia	
Economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV)

	Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
Andere Interessierte / autres milieux intéressés / altri interessati - Behörden / Autorités / Autorità	
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI) Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne
FRC	Fédération romande des consommateurs (frc)
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisation des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica - Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni	
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG) Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse (ASC)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri

K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände
pharma-Suisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
PULSUS	PULSUS
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)
VKZS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de Suisse (AMDCS) Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera (AMDCS)
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)
VSÄG	Walliser Ärztgesellschaft (VSÄG) Société médicale du Valais (SMVS)
- Patientinnen / Patients / Pazienti	
SPO	Stiftung SPO Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
- Versicherer / Assureurs / Assicuratori	
Assura	Assura
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal
Groupe Mutuel	Groupe Mutuel
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia
Sanitas	Sanitas
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses
Diverse / Divers / Vario	
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
CP	Centre Patronal (FSD/VSS, c/o Centre Patronal, Bern)
FER	Fédération des entreprises romandes
WEKO	Wettbewerbskommission Commission de la concurrence Commissione della concorrenza