



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

## **Erläuterungen zur Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)**

Kommentar und Änderungen im Wortlaut

Geplantes Inkrafttreten per 1. Januar 2024 und 1. Januar 2025

Bern, August 2023

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Ausgangslage .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Änderungen im Überblick .....</b>	<b>3</b>
2.1	Behebung von Unstimmigkeiten und weitere Anpassungen.....	3
2.2	Sicherstellung korrekter Datenlieferungen .....	3
2.3	Aussagekräftigere Gesamtmarktstatistik.....	4
2.4	Veröffentlichung von Angaben zu den Mehrfachversicherten .....	4
<b>3</b>	<b>Durchführung einer informellen Konsultation .....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Erläuterung der einzelnen Bestimmungen.....</b>	<b>4</b>
4.1	Artikel 4 PCG-Liste .....	4
4.2	Artikel 6 Datenlieferung.....	5
4.3	Artikel 10 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten .....	6
4.4	Artikel 22 .....	6
<b>5</b>	<b>Finanzielle Auswirkungen.....</b>	<b>11</b>
5.1	Auswirkungen auf den Bund und die Kantone.....	11
5.2	Auswirkungen auf die Krankenversicherung .....	11
5.3	Auswirkungen auf die Volkswirtschaft.....	11
<b>6</b>	<b>Übergangsbestimmung zur Änderung vom .....</b>	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>Änderung in anderem Erlass.....</b>	<b>11</b>
<b>8</b>	<b>Inkraftsetzung .....</b>	<b>11</b>

## 1 Ausgangslage

Im Frühjahr 2021 kamen die beiden Versichererverbände santésuisse und curafutura gemeinsam auf das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu. Sie brachten vor, mit den aktuell zur Verfügung stehenden Informationen könnten sie noch nicht sicherstellen, dass der Risikoausgleich adäquat in die Prämienberechnungen einflüsse. Sie benötigten weitere Informationen in der Statistik der gemeinsamen Einrichtung (GE KVG) (sog. Gesamtmarktstatistik), um die Abgabe- und Beitragssätze sowie die Zuschläge für die pharmazeutischen Kostengruppen (PCG; PCG-Zuschläge) zu schätzen. Das BAG nahm zur Anfrage schriftlich Stellung. In der Folge fand im BAG eine gemeinsame Besprechung statt. Die Vertreter des BAG zeigten sich offen für die Erweiterung der Statistik, soweit der Datenschutz gewahrt werde. Ein Änderungsentwurf von Artikel 22 Absatz 2 der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1) mit weiteren Informationen wurde ausgearbeitet und dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) zur Vorprüfung zugestellt. Nach dessen positiver Einschätzung unter der Bedingung, dass diese Erweiterung der Statistik keine Reidentifizierung der Versicherten ermöglicht, wurden die Arbeiten für eine Revision der VORA aufgenommen und der Entwurf mit weiteren Änderungsvorschlägen seitens der GE KVG sowie einzelner Kantone ergänzt.

## 2 Änderungen im Überblick

### 2.1 Behebung von Unstimmigkeiten und weitere Anpassungen

In der PCG-Liste sind Arzneimittel (GTIN-Codes), jedoch keine Wirkstoffe (ATC-Codes) aufgeführt. Die Arzneimittel werden aufgrund ihrer genehmigten Indikation und nicht nach dem enthaltenen Wirkstoff einer PCG zugeordnet. Der Begriff «Wirkstoff» kann demnach in Artikel 4 gelöscht werden. Dadurch können Arzneimittel mit demselben Wirkstoff, die für unterschiedliche Erkrankungen zugelassen sind, der jeweils relevanten PCG zugeordnet werden, was bisher nicht möglich war.

In Artikel 4 Absatz 1<sup>bis</sup> wird der in der VORA-Revision vom 11. September 2021 versehentlich nicht angepasste Begriff «Krankheitsbild» durch den in Absatz 1<sup>ter</sup> bereits mehrmals verwendeten Begriff «Erkrankung» ersetzt.

Im Sinne einer einheitlichen Schreibweise werden in Artikel 6 die Begriffe «Deckungsperiode» und «Datenerhebung» durch die in zahlreichen Bestimmungen der VORA verwendeten, das Gleiche bedeutenden Begriffe «Kalenderjahr» und «Datensatz» ersetzt. Zudem wird die Formulierung «bis einen Monat vor Ablauf der Frist nach Absatz 3» durch «bis Ende Februar» ersetzt. Am Aussagegehalt der Absätze 1 und 4 ändert sich dadurch nichts.

### 2.2 Sicherstellung korrekter Datenlieferungen

Die Preisfestsetzung von Arzneimitteln erfolgt in den europäischen Ländern und inzwischen vermehrt auch in der Schweiz durch «Preismodelle». Das heisst teilweise in Form von nicht öffentlich zugänglichen effektiv vergüteten Preisen, bei denen die Rabatte, Volumengrenzen oder Modelle mit Vergütung bei Wirkung (Pay for Performance) vertraulich festgelegt werden. Dabei kommt es zu Rückerstattungen, die Inhaberinnen von Zulassungen für Arzneimittel leisten, entweder an den Versicherer zugunsten der betroffenen versicherten Person, oder an die GE KVG zugunsten des Versichertenkollektivs. In Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe h wird im Hinblick auf die zu erwartende Zunahme der Preismodelle und zur Stärkung der Rechtssicherheit präzisiert, dass in der Datenlieferung die Bruttoleistungen abzüglich der Rückerstattungen, die Inhaberinnen von Zulassungen für Arzneimittel dem Versicherer geleistet haben, zu liefern sind.

### **2.3 Aussagekräftigere Gesamtmarktstatistik**

Auf Ersuchen von santésuisse und curafutura wird die Aufnahme weiterer Informationen in die Statistik des Risikoausgleichs (Art. 22 Abs. 2 VORA) vorgeschlagen. Die aussagekräftigere Statistik, die neu auch auf der Basis der Daten mit einer Abrechnungsdauer von 26 Monaten erscheinen soll, erlaubt den Versicherern, den Risikoausgleich besser zu schätzen und die Prämien adäquat zu berechnen.

### **2.4 Veröffentlichung von Angaben zu den Mehrfachversicherten**

Bisher sind keine offiziellen schweizweiten Daten zum Stand und zur Entwicklung der Versicherten, die im Kalenderjahr 13 oder mehr Versicherungsmonate aufweisen (sog. Mehrfachversicherte), bekannt. Diese Situation ist unbefriedigend. Sie wird verbessert, indem die GE KVG neu auch Informationen über die Versicherten in die Statistik aufnimmt. Es soll publik werden, wie viele Personen im Ausgleichsjahr (Jahr T) einerseits und im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr (Jahr T-1) andererseits pro Kanton mehrfach versichert waren und bei welchen Versicherern sie versichert waren. Und schliesslich wird die Statistik zeigen, wie viele Versicherte in zwei aufeinander folgenden Jahren mehrfachversichert waren, mit den Namen der betroffenen Versicherer.

## **3 Durchführung einer informellen Konsultation**

Die Revision betrifft die Durchführung des Risikoausgleichs und damit die GE KVG und die Versicherer. Mitbetroffen sind die Kantone, indem sie neu in der Statistik über den Risikoausgleich auf der Webseite der GE KVG Informationen über die Mehrfachversicherten finden. Die Revision ist nicht von grosser politischer, finanzieller, wirtschaftlicher, ökologischer, sozialer oder kultureller Tragweite (Art. 3 Abs. 1 Bst. d Vernehmlassungsgesetz [VIG]). Auch sind die Kantone nicht in erheblichem Ausmass betroffen (Art. 3 Abs. 1 Bst. e VIG). Es bestand somit keine Pflicht zur Durchführung einer Vernehmlassung. Das BAG führte jedoch vom 21. September bis zum 2. November 2022 eine informelle Konsultation bei der GE KVG, den Versichererverbänden sowie bei der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) durch.

## **4 Erläuterung der einzelnen Bestimmungen**

### **4.1 Artikel 4 PCG-Liste**

#### *Absatz 1<sup>bis</sup>*

Der bisher verwendete Begriff «Krankheitsbild» wird durch den in Artikel 4 bereits verwendeten Begriff «Erkrankung» ersetzt. Die Bestimmung erfährt dadurch keine materielle Änderung.

#### *Absätze 1<sup>ter</sup>, 2 und 5*

Aufgrund der in Absatz 3 vorgenommenen Anpassung erübrigt sich die explizite Nennung der in einem Arzneimittel enthaltenen Wirkstoffe. Die Bestimmungen erfahren dadurch keine materielle Änderung.

#### *Absatz 3*

In der PCG-Liste sind verwendungsfertige Arzneimittel (GTIN-Codes) aufgeführt, jedoch keine Wirkstoffe (ATC-Codes). Die Arzneimittel werden aufgrund ihrer genehmigten Indikation und nicht nach dem enthaltenen Wirkstoff einer PCG zugeordnet. Der Begriff «Wirkstoff» wird deshalb im ganzen Artikel gelöscht. Nach der bisher geltenden Bestimmung kann ein Wirkstoff nur einer einzigen PCG zugeordnet werden. Entsprechend können Arzneimittel mit demselben Wirkstoff, die aufgrund ihrer jeweiligen Indikation unterschiedlichen PCG zugeordnet werden könnten, nicht oder nur teilweise in die PCG-Liste aufgenommen werden. Die neue Regelung erlaubt es nun, Arzneimittel mit demselben Wirkstoff, die für unterschiedliche Erkrankungen zugelassen sind, der jeweils relevanten PCG zuzuordnen. Das einzelne Arzneimittel kann jedoch nur einer einzigen PCG zugeordnet werden.

## 4.2 Artikel 6 Datenlieferung

### *Absatz 1 Einleitungssatz und Buchstabe h*

Der im Einleitungssatz festgehaltene Ausdruck «Deckungsperiode» kommt in der VORA nur an dieser Stelle vor. Es fehlt eine Definition und es ist nicht ohne weiteres klar, was damit gemeint ist. Der Ausdruck wird deshalb ersetzt durch den Begriff «Kalenderjahr», der in der VORA häufig verwendet wird. Materiell ändert sich an der Bestimmung nichts.

In den meisten europäischen Ländern werden die Preise von Arzneimitteln vor allem unter Berücksichtigung des Auslandpreisvergleichs behördlich festgelegt und publiziert. Die im Ausland publizierten Preise werden jedoch gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln selten effektiv in dieser Höhe vergütet. Das heisst, «hinter» den offiziellen Preisen existieren sogenannte Preismodelle, teilweise in Form von nicht öffentlich zugänglichen effektiv vergüteten Preisen, da die Rabatte, Volumengrenzen oder Modelle mit Vergütung bei Wirkung (Pay for Performance) vertraulich festgelegt werden. Auch in der Schweiz erfolgt die Preisfestsetzung von Arzneimitteln inzwischen vermehrt via Preismodelle, damit der Zugang zur Vergütung hochpreisiger Therapien über die Spezialitätenliste möglichst rasch gewährt werden kann.

Im Rahmen dieser Aufnahmen in die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b i.V. Art. 33 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes [KVG; SR 832.10]) wird die Zulassungsinhaberin des Arzneimittels (Pharmafirmen) deshalb mittels Auflagen und Bedingungen (Art. 65 Abs. 5 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]) verpflichtet, zu Gunsten der Krankenversicherer sogenannte Rückerstattungen zu leisten. Bei der Umsetzung von Preismodellen dieser Form vergütet in einem ersten Schritt der Versicherer dem Leistungserbringer den publizierten Publikumspreis (Vorleistung) und in einem zweiten Schritt erfolgt auf Aufforderung des Versicherers hin eine Rückerstattung durch die Zulassungsinhaberin des Arzneimittels (Pharmafirma) an den Versicherer. Bei einer anderen Form von Preismodell (Volumengrenze) erfolgt die Rückerstattung an die GE KVG zugunsten des Versichertenkollektivs. Die Rückerstattungen an die Versicherer liegen in der Regel zwischen 25 und 50% des publizierten Preises. Sie können mehrere 1000 Franken pro Behandlung oder Therapie betragen, oft sogar fünfstellige Beträge.

Die ersten Preismodelle mit Rückerstattungen gab es in der Schweiz im Jahr 2009. Diese Form von Preisfestsetzung verlangt, dass der Versicherer die Zulassungsinhaberin zur Rückerstattung auffordert. Inzwischen dürften die meisten oder alle Versicherer Erfahrungen damit gemacht haben. Die Rückerstattung wird dem Versicherer zugunsten der versicherten Person, der das Arzneimittel abgegeben wurde, geleistet. Sie ist bei den Bruttoleistungen der betreffenden versicherten Person anzurechnen, das heisst abzuziehen. So ist gewährleistet, dass in der Datenlieferung an die GE KVG bei der betreffenden versicherten Person die effektiven Bruttoleistungen erfasst werden. Im Hinblick auf die zu erwartende Zunahme der Preismodelle und zur Stärkung der Rechtssicherheit wird Buchstabe h mit einer entsprechenden Ergänzung präzisiert. In der Anhörung zur vorliegenden Revision wiesen die Versichererverbände darauf hin, dass die vollständige Einpflegung der Rückerstattungen in den Datensatz für die Versicherer mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden ist. Sie fordern deshalb eine ausreichend lange Übergangsfrist. In Berücksichtigung dieser Situation wird Absatz 1 Buchstabe h ein Jahr nach den übrigen Bestimmungen der vorliegenden Revision am 1. Januar 2025 in Kraft gesetzt. Nachdem den Versicherern Preismodelle mit Rückerstattungen schon bekannt sind und mit dieser Revision von Buchstabe h nur die geltende Rechtslage präzisiert wird, sollte den Versicherern bis zur Datenlieferung im März 2025 die korrekte Umsetzung von Buchstabe h möglich sein.

### *Absatz 4*

In Absatz 4 werden im Sinne einer einheitlichen Schreibweise zwei Formulierungen angepasst, die keine materielle Änderung der Bestimmung zur Folge haben. Die Umschreibung «bis einen Monat vor Ablauf der Frist nach Absatz 3» wird durch die direkte Angabe «bis Ende Februar» ersetzt. Und der in keiner anderen Bestimmung der VORA vorkommende Ausdruck «Datenerhebung» wird durch den in mehreren Bestimmungen verwendeten Begriff «Datensatz» ersetzt.

### 4.3 Artikel 10 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten

#### *Absatz 3 Einleitungssatz*

Bei der Datenlieferung gliedern die Versicherer die Daten in zwei Datensätze. Der erste Datensatz enthält die Daten für das Jahr vor der Datenlieferung, der zweite diejenigen für das vorletzte Jahr vor der Datenlieferung. Durch den Zusatz «des ersten Datensatzes nach Artikel 6 Absatz 2» wird klar, auf welcher Datenbasis die Meldung der GE KVG an die betroffenen Versicherer beruht. «Im selben Kalenderjahr» ist aufgrund des Wortlauts in Artikel 6 Absatz 4 unnötig. Materiell ändert sich an der Bestimmung nichts.

### 4.4 Artikel 22

#### *Absatz 1 Buchstabe a*

Mit der Ergänzung «und der Führung von Statistiken» in Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a soll sichergestellt werden, dass das BAG die von der GE KVG erhaltenen Individualdaten auch zur Aufbereitung der «Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» verwenden kann (vgl. hierzu Kapitel 10 Risikoausgleich; aufrufbar auf [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung](#)<sup>1</sup>). Die neue Bestimmung erweitert die ans BAG gelieferten Daten nicht. Die Anforderungen von Artikel 22 des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) sind erfüllt.

#### *Absatz 2 Buchstaben a und b*

In jedem Ausgleichsjahr liefern die Versicherer die Daten in zwei Datensätzen. Der erste Datensatz enthält die Daten für das Jahr vor der Datenlieferung, der zweite diejenigen für das vorletzte Jahr vor der Datenlieferung. Für die Datenlieferung berücksichtigt werden die bis Ende Februar des Kalenderjahres vor dem Ausgleichsjahr abgerechneten Leistungen und erfassten Änderungen des Versichertenbestandes. Beim ersten Datensatz beträgt die Abrechnungsdauer somit 14 Monate, beim zweiten Datensatz beträgt sie 26 Monate. Im geltenden Recht enthält der Einleitungssatz bei Absatz 2 keine Angabe zur Datenbasis, die der Statistik zugrunde liegt. Mit der Revision soll hier Transparenz geschaffen werden. Absatz 2 wird unterteilt in Buchstabe a für die Angaben in der Statistik, welche die GE KVG nur einmal, auf der Basis der Daten des ersten Datensatzes (Abrechnungsdauer 14 Monate) berechnet, und in Buchstabe b für jene Angaben in der Statistik, die die GE KVG zweimal, auf der Basis der Daten beider Datensätze (Abrechnungsdauer 14 und 26 Monate) berechnet. Schon bisher wurden einzelne Angaben in der Statistik auf der Basis der Daten mit Abrechnungsdauer 14 Monate und auf der Basis der Daten mit Abrechnungsdauer 26 Monate berechnet.

#### *Absatz 2 Buchstabe a Ziffern 1–5*

Unverändert wie bisher soll auf der Basis der Daten des ersten Datensatzes eine Statistik erstellt werden über:

- die Abgabe- und Beitragssätze für die Risikogruppen (bisher Abs. 2 Bst. c, neu Bst. a Ziff. 1);
- die Zuschläge für PCG (bisher Abs. 2 Bst. d, neu Bst. a Ziff. 2);
- die Entlastung der Versicherer pro junge erwachsene Person (bisher Abs. 2 Bst. e, neu Bst. a Ziff. 4);
- die Belastung der Versicherer pro versicherte Person, die 26 Jahre und älter ist (bisher Abs. 2 Bst. f., neu Bst. a Ziff. 5).

Aufgrund der unterschiedlichen Kostenentwicklung in den Risikogruppen wird in die Berechnung des Risikoausgleichs ein kantonaler Teuerungsfaktor einbezogen. Die GE KVG berechnet diese Teuerungsfaktoren. Die für die Risikoausgleiche 2020 und 2021 angewendeten Teuerungsfaktoren wurden auf der Website des BAG publiziert. Künftig sollen sie von der GE KVG zu jeder Berechnung des Risikoausgleichs auf der Website der GE KVG veröffentlicht werden. In Absatz 2 Buchstabe a sind sie unter Ziffer 3 aufgeführt.

---

<sup>1</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Zahlen und Statistiken > Krankenversicherung > Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

#### *Absatz 2 Buchstabe b Ziffern 1 und 2*

Unverändert wie bisher soll auf der Basis der Daten beider Datensätze eine Statistik erstellt werden über:

- die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen, nach Risikogruppen und nach Kantonen und für die ganze Schweiz (bisher Abs. 2 Bst. a, neu Bst. b Ziff. 1);
- die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen, nach PCG, für die ganze Schweiz (bisher Abs. 2 Bst. b, neu Bst. b Ziff. 2).

#### *Absatz 2 Buchstabe b Ziffer 3*

Damit die Versicherer den Risikoausgleich besser schätzen können, soll die Statistik neu auch folgende Informationen enthalten:

- die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen der Versicherten, die in mindestens eine oder mehr PCG eingeteilt sind, nach Risikogruppen und nach PCG, für die ganze Schweiz (sog. «Kreuztabelle Risikogruppe/PCG auf Stufe Schweiz»).

Da kein Kantonsbezug vorliegt und Risikogruppen, die aus Versicherten bestehen, die zusammen weniger als 120 Versicherungsmonate aufweisen, nicht ausgewiesen werden (siehe Absatz 2<sup>bis</sup>), wird die Wiederherstellung eines Personenbezuges verhindert und der Schutz der betroffenen Personen bleibt gewahrt.

#### *Absatz 2 Buchstabe b Ziffer 4*

Die Gesamtmarktstatistik soll auch mit folgenden Informationen ergänzt werden:

- die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen der Versicherten, die in keine PCG eingeteilt sind, nach Risikogruppen, für die ganze Schweiz.

Auch diese für die Schätzung des Risikoausgleichs nützlichen Informationen sind datenschutzrechtlich unbedenklich. Es liegt kein Kantonsbezug vor und Risikogruppen, die aus Versicherten bestehen, die zusammen weniger als 120 Versicherungsmonate aufweisen, werden nicht ausgewiesen.

#### *Absatz 2 Buchstabe b Ziffer 5*

Um die PCG-Zuschläge des nächsten Jahres zu schätzen, soll die Statistik neu aufzeigen, welche PCG schweizweit bei Versicherten mit mindestens einer weiteren PCG zusammentreffen (sog. «Komorbiditätsmatrix der PCG auf Stufe Schweiz»). Den Gesamtmarkt benötigt es, weil gewisse Kombinationen von einzelnen PCG selten sein können und für die kleineren Versicherer aus dem eigenen Bestand heraus schwer hochzurechnen sind. Es werden nur die Versicherungsmonate angegeben. Weitere Informationen wie z.B. der Wohnkanton, das Alter oder die Kosten sind nicht ersichtlich und können auch nicht hergeleitet werden. Deshalb ist es vertretbar und für die Schätzung der PCG-Zuschläge des nächsten Jahres unerlässlich, auch Komorbiditäten auszuweisen, die nur in seltenen Fällen vorliegen (weniger als zehn betroffene Versicherte). Auch bei dieser Statistik werden keine Rückschlüsse auf einzelne Versicherte möglich sein. Der Schutz der betroffenen Personen ist damit sichergestellt.

#### *Absatz 2 Buchstabe b Ziffern 6 und 7*

Im August 2021 informierte die GE KVG die betroffenen Versicherer erstmals über Mehrfachversicherte. Gestützt auf Artikel 10 Absatz 3 VORA teilte sie den Versicherern mit, dass sie in ihrem Bestand Personen haben, welche mindestens während eines Teils des Jahres 2020 bei zwei oder mehr Krankenversicherern versichert und somit mehrfachversichert waren. Aufgrund dieser Meldung sind die betroffenen Versicherer angehalten, mit dem oder den anderen Versicherern die Fälle zu analysieren und nach Anhörung der betroffenen Person die nicht KVG-konformen Versicherungsverhältnisse aufzulösen (Art. 9 Abs. 2 KVV). Im Juni 2022 informierte die GE KVG die Versicherer über die Fälle des Jahres 2021. Wie viele der nicht KVG-konformen Versicherungsverhältnisse aufgelöst wurden und wie viele noch fort dauern, ist nicht bekannt. Diese Situation ist unbefriedigend. Mit der vorliegenden Revision bietet sich die Gelegenheit, die Statistik mit Informationen zu den Mehrfachversicherten zu ergänzen. So werden neu in der Statistik ausgewiesen:

- die Anzahl der Versicherten, die 13 oder mehr Versicherungsmonate aufweisen, mit den Namen und Kenn-Nummern ihrer Versicherer, nach Kantonen (vgl. Abs. 2 Bst. b Ziff. 6 des Entwurfs);
- die Anzahl der Versicherten, die in zwei aufeinander folgenden Jahren jeweils 13 oder mehr Versicherungsmonate aufweisen, mit den Namen und Kenn-Nummern ihrer Versicherer, nach Kantonen (vgl. Abs. 2 Bst. b Ziff. 7 des Entwurfs).

Die GE KVG sieht folgende Darstellung in der Statistik vor.



Tabelle 1

Kanton	Anzahl Mehrfachversicherte in T 14M  (1)	Anzahl Mehrfachversicherte in T-1 26M  (2)	Anzahl Mehrfachversicherte aus T-1 26M, welche in T 14M immer noch dieselben Versicherer aufweisen  (3)	Anzahl Mehrfachversicherte aus T-2 26M, welche in T-1 14M immer noch dieselben Versicherer aufweisen  (4)	Anzahl Mehrfachversicherte aus T-2 26M, welche in T-1 26M immer noch dieselben Versicherer aufweisen  (5)
..	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
ZH	450	400	300	350	325
Lesebeispiel	450 Personen im Kanton Zürich, die im Jahr [T] mehrfachversichert waren.	400 Personen im Kanton Zürich, die im Jahr [T-1] mehrfachversichert waren.	300 Personen im Kanton Zürich, die in den Jahren [T-1] und [T] bei den gleichen Versicherern mehrfachversichert waren.  Die Daten für T mit Abrechnungsdauer 26M liegen bei Erscheinen der Statistik noch nicht vor, daher ist ein Vergleich wie zwischen (4) und (5) nicht möglich.	350 Personen im Kanton Zürich, die in den Jahren [T-2] und [T-1] (Abrechnungsdauer 14M) bei den gleichen Versicherern mehrfachversichert waren.  Die Versicherer liefern zuerst die Daten für [T-1] mit Abrechnungsdauer 14M. Daraufhin erhalten sie Informationen zu den vorhandenen mehrfachversicherten Personen (Art. 10 Abs. 3 VORA) und sind gehalten, die Versicherungsverhältnisse zu bereinigen (Art. 9 KVV). Im Folgejahr liefern sie die Daten für [T-1] mit Abrechnungsdauer 26M. Der Vergleich zeigt, wie viele Mehrfachversicherungsverhältnisse zwischen beiden Datenlieferungen bereinigt wurden - im Beispiel bei 25 Personen im Kanton Zürich.	325 Personen im Kanton Zürich, die in den Jahren [T-2] und [T-1] (Abrechnungsdauer 26M) bei den gleichen Versicherern mehrfachversichert waren.

Damit wird publik, wie viele Personen im Ausgleichsjahr (Jahr T) einerseits (1) und im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr (Jahr T-1) andererseits (2) pro Kanton mehrfach versichert waren. Die weiteren Spalten [(3), (4) und (5)] liefern Informationen über Mehrfachversicherte, deren Versicherungsverhältnis über zwei Jahre nicht bereinigt wurde. Dabei wird die Spalte (4) aus der Vorjahresstatistik übertragen [damals noch Spalte (3)].

Tabelle 2

Kanton	BagNr (1)	Versicherer Name (1)	BagNr (2)	Versicherer Name (2)	BagNr (3)	Versicherer Name (3)	BagNr (4)	Versicherer Name (4)	BagNr (5)	Versicherer Name (5)
AG	1;2;...	Versicherer A; Versiche- rer B; ...	1;2;...	Versicherer A; Versiche- rer B; ...	1;2;...	Versicherer A; Versiche- rer B; ...	1;2;...	Versicherer A; Versiche- rer B; ...	1;2;...	Versicherer A; Versiche- rer B; ...
AI	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
AR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
BE	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Die Kantone beschäftigen sich schon länger mit der Thematik der Mehrfachversicherungen, unter anderem auch im Zusammenhang mit dem Datenaustausch zu Artikel 64a KVG (Übernahme von Forderungen aus Verlustscheinen). Die obenstehenden Informationen werden ihre Arbeiten erleichtern.

Mit der Veröffentlichung der oben erwähnten zusätzlichen Daten werden die massgeblichen Datenschutzvorgaben beachtet. Die Namen und Kenn-Nummern der Versicherer erlauben keine Rekonstruktion eines Personenbezuges. Bei den Informationen zur Anzahl Fälle, die 13 oder mehr Versicherungsmonate aufweisen, pro Kanton, handelt es sich um aggregierte Daten, aus denen niemand einen Personenbezug herstellen kann.

**Absatz 2<sup>bis</sup>**

Aufgrund einer Risikogruppe ist ersichtlich, in welchem Alter (fünf Jahrgänge) die versicherte Person ist, welchem Geschlecht sie angehört und ob sie im massgeblichen Kalenderjahr einen Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim hatte. Ist auch noch ein Wohnkanton ausgewiesen, sind in einem kleinen Kanton Rückschlüsse auf einzelne Versicherte nicht auszuschliessen. Um solche Rückschlüsse zu verhindern, hat die GE KVG bisher Risikogruppen, die aus Versicherten bestehen, die zusammen weniger als 120 Versicherungsmonate aufweisen, in der Statistik nicht ausgewiesen. Diese Praxis wird nun in der Verordnung verbindlich festgehalten.

**Absatz 5**

Auf Anregung der GE KVG kann Absatz 5 aufgehoben werden, nachdem der Inhalt der Statistik in Absatz 2 und 2<sup>bis</sup> abschliessend festgehalten ist. Der Inhalt des Jahresberichts wurde schon bisher von der GE KVG allein festgelegt. In der VORA muss dies nicht festgehalten werden.

## **5 Finanzielle Auswirkungen**

### **5.1 Auswirkungen auf den Bund und die Kantone**

Die vorliegende Verordnungsrevision verursacht keine Mehrkosten für den Bund und die Kantone.

### **5.2 Auswirkungen auf die Krankenversicherung**

Die korrekte Einpflegung der Rückerstattungen, die Inhaberinnen von Zulassungen für Arzneimittel bei sog. Preismodellen auf Aufforderung des Versicherers geleistet haben, in die Bruttoleistungen der betroffenen versicherten Person, führt bei den Versicherern bei einer beträchtlichen Anzahl Preismodelle zu einem hohen administrativen Aufwand.

Die GE KVG wird die Software Risikoausgleich (SORA) teilweise neu programmieren müssen, was auch bei ihr einmalig zu höheren Kosten führt. Der bei der GE KVG anfallende Aufwand wird von den Versicherern getragen.

### **5.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft**

Es sind keine Auswirkungen auf die Volkswirtschaft zu erwarten.

## **6 Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...**

Die Übergangsbestimmung legt fest, dass für die Ausgleichsjahre 2020-2022 zusätzlich zur Statistik nach Artikel 22 des bisherigen Rechts eine Statistik nach Artikel 22 Absatz 2 Buchstabe b Ziffern 3–7 und Absatz 2<sup>bis</sup> des neuen Rechts zu erstellen ist. Dadurch entsteht eine Zeitreihe, die den Versicherern bei der Budgetierung des Risikoausgleichs nützlich ist.

## **7 Änderung in anderem Erlass**

In der KVV wird bei Artikel 37e Absatz 1 der dritte Satz angepasst. Infolge der Änderungen von Artikel 4 Absatz 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2, 3 und 5 VORA muss auch in Artikel 37e Absatz 1 KVV im dritten Satz «Wirkstoffen und» gelöscht werden.

## **8 Inkraftsetzung**

Die Bestimmungen sollen per 1. Januar 2024 in Kraft treten, mit folgender Ausnahme: Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe h soll per 1. Januar 2025 in Kraft treten.