

prio.swiss, Waisenhausplatz 25, 3011 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Eingereicht via Plattform «Consultations»

Bern, 15. Juni 2026

Vernehmlassung zur Totalrevision der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI); Stellungnahme prio.swiss

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, uns im Rahmen der Vernehmlassung zur Totalrevision der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI) äussern zu können.

prio.swiss unterstützt die vorgeschlagenen Anpassungen grundsätzlich.

Anpassung des PCG-Modells und Anpassung der Hierarchisierungsregeln angebracht

Die Anpassungen im PCG-Modell beruhen auf Studien der ZHAW in Zusammenarbeit mit der Universität Luzern (Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG)) und Polynomics (Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich). In der Fachgruppe Risikoausgleich des BAG wurden diese beiden Studien besprochen und die Rückmeldungen der Versicherer wurden aufgenommen.

Aufgrund der Anpassungen im PCG-Modell (neue PCG, angepasste PCG und entfernte PCG) erachtet prio.swiss eine Anpassung der Hierarchisierungsregeln als angebracht.

Die neue PCG-Liste muss getestet werden

Bezüglich der neuen PCG hat das BAG den Versicherern nur sehr wenige Folgenabschätzungen zur Verfügung gestellt, allenfalls begründet in der Bereitstellung des Berichtes vom Polynomics. Daher ist es für die Versicherer schwierig, eine fundierte Stellungnahme abzugeben. Die Versicherer beantragen, dass das BAG die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) beauftragt, die neue PCG-Liste anhand der verfügbaren Informationen zu testen, die von den Versicherern für den Risikoausgleich 2025 übermittelt wurden.

Mindestanzahl von Arzneimittelpackungen sowie standardisierte Tagesdosen von Arzneimitteln mit Kalibrierungs- und Datenqualitätsrisiko

Die Versicherer sind der Ansicht, dass die vorgeschlagene «Mindestanzahl von Arzneimittelpackungen» für die die PCG Hämophilie (HMP) oder Immunglobuline (IMM) ein potenzielles Kalibrierungs- und Datenqualitätsrisiko beinhalten. Es reicht aus, dass eine versicherte Person eine Packung erhält, damit sie in die PCG HMP oder IMM eingeteilt wird. Es ist festzustellen, dass bei sehr niedrigen Kosten das Risiko steigt. Beispielsweise kosten beim Krebs-PCG «KRE» mehr als 280 Arzneimittel weniger als 100.- CHF pro Packung. Die günstigsten Packungen kosten weniger als 13.- CHF.

Auch beim Kriterium „Standardisierte Tagesdosen von Arzneimitteln“ möchten wir darauf hinweisen, dass der Kauf bestimmter Packungen direkt zur Einteilung in eine PCG führt, da sie 180 standardisierte Tagesdosen (DDD) oder mehr enthalten. Diese Packungen kosten oft weniger als 500.- CHF (z.B. findet man bei der PCG «CAR» Packungen für weniger als 27.- CHF). Diese Situation bietet ebenfalls Anreize für Manipulationen.

prio.swiss schlägt vor, die Teuerungsgruppen von den in der Vorlage vorgeschlagenen fünf auf acht auszudehnen

Wie sich aus den Simulationen der Versicherer gezeigt hat, sind die Teuerungsunterschiede zwischen einzelnen Risikogruppen insbesondere im Einführungsjahr von EFAS sehr hoch. Das impliziert, dass man nicht ohne eine gewisse Mindestzahl an Teuerungsgruppen auskommt. prio.swiss schlägt vor, die Teuerungsgruppen von den in der Vorlage vorgeschlagenen fünf auf acht auszudehnen, um ein optimales Resultat zu erhalten. Die Simulationen wurden vom BAG und der GE KVG bestätigt.

Die Versicherer schlagen ausserdem bei den Spitalaufenthaltern drei Altersgruppen respektive Teuerungsfaktoren vor, da die Teuerung innerhalb dieser Gruppe bei der Einführung von EFAS, insbesondere nach Einbezug der Pflege, ungleich verteilt sein wird. Auch unabhängig von einmaligen Ereignissen gibt es Unterschiede bezüglich junger und älterer Patientinnen und Patienten bei Spitalaufenthaltern.

Testläufe sehr wichtig

prio.swiss begrüsst die vorgesehenen Testläufe bezüglich der Anpassungen im PCG-Modell, der Anpassung der DDD und der Mindestanzahl Arzneimittelpackungen im Hinblick auf die Einführung von EFAS. Allerdings muss die EFAS-Mechanik in den Probeläufen 2026 – 2027 unbedingt ebenfalls simuliert werden. Aussagekräftige Resultate ergeben sich aus den Risikoausgleichsprobeläufen für 2028 nur, wenn dabei nicht nur der Einbezug der Anpassungen im PCG-Modell und der EU/EFTA/UK-Länder berücksichtigt wird, sondern auch die Effekte der Einführung von EFAS. Offene Punkte zu den Testläufen werden vom BAG und den Versicherern im Rahmen der Fachgruppe Risikoausgleich des BAG bereits diskutiert. Die Simulation der EFAS-Mechanik in den Testläufen ist aber noch nicht geklärt.

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<i>Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), gestützt auf die Artikel 4 Absätze 1 und 4, 5 Absatz 5 und 13 Absatz 2 der Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA), verordnet:</i>		--
Art. 1 PCG-Liste Die pharmazeutischen Kosten- gruppen (PCG) sind im Anhang festgelegt.	Art. 1 PCG-Liste Die pharmazeutischen Kosten- gruppen (PCG) sind im Anhang festgelegt.		Bezüglich der neuen PCG hat das BAG den Versicherern nur sehr wenige Folgenabschätzungen zur Verfügung gestellt, allenfalls begründet in der Bereitstellung des Berichtes vom Polynomics. Daher ist es für die Versicherer schwierig, eine fundierte Stellungnahme abzugeben. prio.swiss beantragt, dass das BAG die GE KVG beauftragt, die neue PCG-Liste anhand der verfügbaren Informationen zu

			testen, die von den Versicherern für den Risikoausgleich 2025 übermittelt wurden.
Art. 2 Nicht eigenständige und kombinierte PCG	Art. 2 Hierarchisierung der PCG		<p>Erfüllt eine versicherte Person die Voraussetzungen für die Einteilung in zwei PCG, welche das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem beschreiben, wird sie nur in die PCG eingeteilt, die das schwerwiegendere gesundheitliche Problem beschreibt. Mit den vorgeschlagenen Hierarchisierungen ist prio.swiss einverstanden. Die Versicherer begrüßen insbesondere auch den Einbezug von Hämophilie, einer seltenen Erkrankung mit sehr hohen wiederkehrenden Kosten, welche im Bericht von Polynomics «Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich» vom Februar 2025 in keinem der beiden vorgeschlagenen Modelle («Basismodell und ein erweitertes Modell») war.</p> <p>Im erläuternden Bericht auf Seite 4 steht: «Für die detaillierten Begründungen der Streichungen, Neuaufnahmen sowie Anpassung der Schwellenwerte wird auf die publizierte Studie von Polynomics verwiesen.».</p>

<p>¹ Die PCG «Hypertonie (hyp)» ist eine nicht eigenständige PCG. ² Die PCG «Diabetes Typ-2 mit Bluthochdruck (DM2+hyp)» ist eine kombinierte PCG.</p>	<p>Es gelten folgende Hierarchisierungen:</p> <p>a. Die PCG «Autoimmunkrankheiten (AIK)» ist hierarchisch höher als die PCG «Rheuma (RHE)».</p> <p>b. Die PCG «Bipolare Störung regulär (BSR)», die PCG «Psychose (PSY)», die PCG «Neuropathischer Schmerz (SMN)» und die PCG «Sucht ohne Nikotin (ABH)» sind hierarchisch höher als die PCG «Depression (DEP)».</p>	<p>Es gelten folgende Hierarchisierungen:</p> <p>a. Die PCG «Autoimmunkrankheiten (AIK)» ist hierarchisch höher als die PCG «Rheuma (RHE)».</p> <p>b. Die PCG «Bipolare Störung regulär (BSR)», die PCG «Psychose (PSY)», die PCG «Neuropathischer Schmerz (SMN)», <u>die PCG «Psychose Depot (PSD)»</u> und die PCG «Sucht</p>	<p>Im Bericht von Polynomics gibt es ein Basismodell und ein erweitertes Modell. Der vorliegende Vorschlag ist eine Mischung dieser beiden Modelle. Im erläuternden Bericht fehlt aber eine detailliertere Beschreibung, wie und warum die Mischung der beiden Modelle vorgenommen wurde.</p> <p>Die vorliegende Anpassung der PCG beinhaltet keine Änderungen bezüglich «Extrem-hoher-Kosten-Cluster». Gemäss dem Bericht von Polynomics ist dies wegen der Definition der PCGs in der VORA nicht möglich. In Zukunft würden die Versicherer Arbeiten in diese Richtung begrüßen.</p> <p>Um die Hierarchisierung konsistent zu halten (auch bezüglich der</p>
--	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> c. Die PCG «COPD / Schweres Asthma (COP)» ist hierarchisch höher als die PCG «Asthma (AST)». d. Die PCG «Krebs Biologika (KRB)» und die PCG «Krebs (KRE)» sind hierarchisch höher als die PCG «Hormonsensitive Tumore (KHO)». e. Die PCG «Krebs Biologika (KRB)» ist hierarchisch höher als die PCG «Krebs (KRE)». f. Die PCG «Psychose Depot (PSD)» ist hierarchisch höher als die PCG «Psychose (PSY)». g. Die PCG «Neuropathischer Schmerz (SMN)» ist hierarchisch höher als die PCG «Chronische Schmerzen ohne Opiode (SMC)». h. Die PCG «Zystische Fibrose zielgerichtete Therapie (ZFZ)» ist hierarchisch höher als die PCG «Zystische Fibrose (ZFI)». i. Die PCG «Krankheiten des zentralen Nervensystems ohne Multiple Sklerose (ZNS)» ist hierarchisch höher als die PCG «Chronische Schmerzen ohne Opiode (SMC)». 	<p>ohne Nikotin (ABH)» sind hierarchisch höher als die PCG «Depression (DEP)».</p>	<p>Ausgleichssätze) muss das Verhältnis der PCG PSD und DEP ebenfalls festgelegt werden.</p>
--	---	--	--

<p>Art. 3 Hierarchisierung der PCG Es gelten folgende Hierarchisierungen:</p> <p>a. Die PCG «Autoimmunkrankheiten (AIK)» ist hierarchisch höher als die PCG «Morbus Crohn / Colitis ulcerosa (MCR)», als die PCG «Psoriasis (PSO)» und als die PCG «Rheuma (RHE)».</p> <p>b. Die PCG «Herzkrankheiten (CAR)» ist hierarchisch höher als die PCG «Hohes Cholesterin (HCH)».</p> <p>c. Die PCG «COPD / Schweres Asthma (COP)» ist hierarchisch höher als die «PCG Asthma (AST)».</p> <p>d. Die PCG «Diabetes Typ-1 (DM1)» ist hierarchisch höher als die PCG «Diabetes Typ-2 (DM2)», als die PCG «Hohes Cholesterin (HCH)» und als die</p>	<p>Art. 3 Mindestanzahl Arzneimittelpackungen und standardisierte Tagesdosen von Arzneimitteln Für die Einteilung in eine PCG muss eine versicherte Person im Jahr vor dem Ausgleichsjahr (Vorjahr) mindestens bezogen haben:</p> <p>a. für die Einteilung in die PCG «Hämophilie (HMP)» und die PCG «Immunglobuline (IMM)»: mindestens eine Arzneimittelpackung;</p> <p>b. für die Einteilung in die PCG «Krebs Biologika (KRB)», die PCG «Krebs (KRE)», die PCG «Makuladegeneration (MAC)», die PCG «Psychose Depot (PSD)», die PCG «Zystische Fibrose (ZFI)» und die PCG «Zystische Fibrose zielgerich-</p>		<p>Die DDD sind notwendig, um zu entscheiden, ob eine Person in eine PCG eingeteilt wird oder nicht. Mit den vorgeschlagenen DDD ist prio.swiss einverstanden.</p> <p>Das Kriterium Arzneimittelpackung bietet sich bei hochpreisigen, stark individualisierten oder zyklischen Therapien an, auch wenn die DDD wissenschaftlich hergeleitet wurden und somit weniger fehleranfällig sind.</p> <p>Wir sind der Ansicht, dass die vorgeschlagene «Mindestanzahl von Arzneimittelpackungen» für die PCG HMP oder IMM ein potenzielles Kalibrierungs- und Datenqualitätsrisiko beinhaltet. Es reicht aus, dass eine versicherte Person eine Packung erhält, damit sie in die PCG HMP oder IMM eingeteilt wird.</p>
---	---	--	---

<p>PCG «Diabetes Typ-2 mit Bluthochdruck (DM2+hyp)».</p> <p>e. Die PCG «Diabetes Typ-2 (DM2)» und die PCG «Diabetes Typ-2 mit Bluthochdruck (DM2+hyp)» sind hierarchisch höher als die PCG «Hohes Cholesterin (HCH)».</p> <p>f. Die PCG «Krebs (KRE)» und die PCG «Krebs komplex (KRK)» sind hierarchisch höher als die PCG «Hormonsensitive Tumore (KHO)».</p> <p>g. Die PCG «Krebs komplex (KRK)» ist hierarchisch höher als die PCG «Krebs (KRE)».</p> <p>h. Die PCG «Multiple Sklerose (MSK)» ist hierarchisch höher als die PCG «Krankheiten des zentralen Nervensystems ohne Multiple Sklerose (ZNS)».</p> <p>i. Die PCG «Neuropathischer Schmerz (SMN)» ist hierarchisch höher als die PCG «Chronische Schmerzen ohne Opiode (SMC)».</p>	<p>tete Therapie (ZfZ)»: mindestens drei Arzneimittelpackungen;</p> <p>c. für die Einteilung in die PCG «Alzheimer (ALZ)», die PCG «Bipolare Störung regulär (BSR)», die PCG «Hormonsensitive Tumore (KHO)», die PCG «Rheuma (RHE)» und die PCG «Transplantationen (TRA)»: mindestens 90 standardisierte Tagesdosen (DDD) von Arzneimitteln;</p> <p>d. für die Einteilung in die übrigen PCG: mindestens 180 DDD von Arzneimitteln.</p>		<p>Hinweis: Im erläuternden Bericht werden die DDD bei der PCG EPI auf 18 festgelegt (Seite 14) anstatt 180. Das sollte noch angepasst werden.</p>
<p>Art. 4 Mindestanzahl der standardisierten Tagesdosen von Arzneimitteln und der Arzneimittelpackungen</p> <p>¹ Für die Einteilung in eine PCG benötigt eine versicherte Person mindestens 180 standardisierte</p>	<p>Art. 4 Teuerungsfaktoren</p> <p>¹ Für jeden Kanton wird, ausgehend von den jeweils in den ersten 14 Monaten abgerechneten Leistungsdaten des Ausgleichsjah-</p>	<p>Art. 4 Teuerungsfaktoren</p> <p>¹ Für jeden Kanton wird, ausgehend von den jeweils in den ersten 14 Monaten abgerechneten Leistungsdaten des Ausgleichsjah-</p>	<p>Die Anpassung der Anzahl Teuerungsfaktoren des Risikoausgleichs ab 2028 (Einführung E-FAS) wird von prio.swiss grundsätzlich unterstützt.</p>

<p>Tagesdosen (DDD) von Arzneimitteln.</p> <p>² Für die Einteilung in die PCG «Krebs (KRE)» und in die PCG «Krebs komplex (KRK)» benötigt eine versicherte Person mindestens drei Arzneimittelpackungen.</p>	<p>res und des Vorjahres, in aggregierten Risikogruppen je ein Teuerungsfaktor ermittelt.</p> <p>² Zur Bildung der aggregierten Risikogruppen werden die Risikogruppen nach Artikel 11 VORA wie folgt zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Versicherte von 19–35 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; b. Versicherte von 36–55 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; c. Versicherte von 56–75 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; d. Versicherte ab 76 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; e. Versicherte mit Indikator Aufenthalt. 	<p>res und des Vorjahres, in aggregierten Risikogruppen je ein Teuerungsfaktor ermittelt.</p> <p>² Zur Bildung der aggregierten Risikogruppen werden die Risikogruppen nach Artikel 11 VORA wie folgt zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Versicherte von 19–35 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; b. Versicherte von 36–55 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; c. Versicherte von 56–75 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; d. Versicherte ab 76 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; e. Versicherte mit Indikator Aufenthalt. a. Versicherte von 19-30 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; b. Versicherte von 31-45 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; c. Versicherte von 46-60 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; d. Versicherte von 61-80 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; e. Versicherte ab 81 Jahren, ohne Indikator Aufenthalt; f. Versicherte von 19-60 Jahren, mit Indikator Aufenthalt; g. Versicherte von 61-80 Jahren, mit Indikator Aufenthalt; h. Versicherte ab 81 Jahren, mit Indikator Aufenthalt. 	<p>Wie sich aus den Simulationen der Versicherer gezeigt hat, sind die Teuerungsunterschiede zwischen einzelnen Risikogruppen insbesondere im Einführungsjahr von EFAS sehr hoch. Das impliziert, dass man nicht ohne eine gewisse Mindestzahl an Teuerungsgruppen auskommt. prio.swiss schlägt vor, die Teuerungsgruppen von den in der Vorlage vorgeschlagenen fünf auf acht auszudehnen, um ein optimales Resultat zu erhalten. Die Simulationen wurden vom BAG und der GE KVG bestätigt.</p> <p>Die Versicherer schlagen bei den Spitalaufenthaltern drei Altersgruppen respektive Teuerungsfaktoren vor, da die Teuerung innerhalb dieser Gruppe bei der Einführung von EFAS, insbesondere nach Einbezug der Pflege, ungleich verteilt sein wird. Auch unabhängig von einmaligen Ereignissen gibt es Unterschiede bezüglich junger und älterer Patientinnen und Patienten bei Spitalaufenthaltern.</p>
---	--	--	---

			<p>Haupttreiber für unterschiedliche Teuerungsfaktoren zwischen den einzelnen Risikogruppen dürften die jeweils unterschiedlichen Anteile an stationären Leistungen, Pflegeleistungen und übrigen Leistungen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Je höher der Anteil an stationären Leistungen, desto höher die resultierende Teuerung beim Systemwechsel auf EFAS (und umgekehrt): hier ist die Leistungszunahme wegen der Kürzung des Kantonsbeitrags am stärksten. ➤ Je höher der Anteil an Pflegeleistungen, desto geringer die Entlastung der übrigen, nicht-stationären Leistungen durch die neuen Kantonsbeiträge, beziehungsweise desto höher ist die resultierende Teuerung beim Systemwechsel auf EFAS. ➤ Je höher der Anteil an nicht-stationären und Nicht-Pflegeleistungen, desto geringer (beziehungsweise desto stärker negativ) ist die resultierende Teuerung beim Systemwechsel auf EFAS. <p>Auch unabhängig von einmaligen Ereignissen gibt es Unterschiede</p>
--	--	--	--

	<p>³ Der Teuerungsfaktor wird durch Division der durchschnittlichen Nettoleistungen im Ausgleichsjahr durch die durchschnittlichen Nettoleistungen im Vorjahr ermittelt. ⁴ Die durchschnittlichen Nettoleistungen werden über alle Versicherer hinweg pro aggregierte Risikogruppe nach Absatz 2 berechnet.</p>		<p>bezüglich jungen und älteren Spitalaufenthaltern.</p> <p>Die Informationserkenntnis der geforderten Teuerungsfaktoren im stationären Bereich gewichten die Versicherer höher als die zusätzliche entstehende Volatilität durch diese zusätzlichen Faktoren.</p> <p>Einverstanden.</p> <p>Einverstanden.</p>
<p>Art. 5 Teuerungsfaktor</p> <p>¹ Für jeden Kanton wird, ausgehend von den jeweils in den ersten 14 Monaten abgerechneten Leistungsdaten des Ausgleichsjahres und des Jahres vor dem Ausgleichsjahr (Vorjahr), ein um die Strukturveränderung bereinigter Teuerungsfaktor ermittelt. Für die Berechnung sind massgebend:</p>	<p>Art. 5 Anteil der in der Schweiz in Anspruch genommenen Leistungen</p> <p>Der Anteil nach Artikel 17 Absatz 5 KVG beträgt:</p>		<p>Es ist aus Sicht von prio.swiss richtig, für in Deutschland und Frankreich wohnhafte Versicherte einen eigenen Anteil für die in der Schweiz in Anspruch genommenen Leistungen zu bestimmen und die restlichen Länder zusammenzufassen.</p>

<p>a. die Gesamtteuerung, ermittelt durch die Division der durchschnittlichen Nettoleistungen im Ausgleichsjahr durch die durchschnittlichen Nettoleistungen im Vorjahr;</p> <p>b. die Strukturteuerung, ermittelt durch die Division der mit den Versichertenbeständen pro Risikogruppe des Ausgleichsjahres gewichteten durchschnittlichen Nettoleistungen im Vorjahr durch die durchschnittlichen Nettoleistungen im Vorjahr.</p> <p>² Die durchschnittlichen Nettoleistungen werden über alle Versicherer und alle Risikogruppen hinweg berechnet.</p> <p>³ Der Teuerungsfaktor resultiert aus der Division der Gesamtteuerung durch die Strukturteuerung.</p>	<p>a. für die in Deutschland wohnhaften Versicherten: 40 Prozent;</p>	<p>a. für die in Deutschland wohnhaften Versicherten: 40 <u>33</u> Prozent;</p>	<p>Auch einverstanden sind wir mit der vorgesehenen Überprüfung der Anteile in regelmässigen Abständen (4 bis 5 Jahre gemäss erläuterndem Bericht).</p> <p>Der Anteil von 40 Prozent für die in Deutschland wohnhaften Versicherten ist zu hoch. Rund 40 Prozent Anteil ergeben sich nach Schätzungen einzelner Versicherer bei einer einfachen Mittelung über die gebuchten Leistungen der letzten paar Jahre, also ohne Berücksichtigung noch nicht bei der GE KVG eingegangener, teilweise um Jahre verzögerter Abrechnungen deutscher Trägerkassen. Wenn diese noch nicht gemeldeten Leistungen «fehlen», wird der Aufwand der im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen, deutlich unterschätzt. Im Umkehrschluss wird der Anteil der in der Schweiz in Anspruch genommenen Leistungen deutlich überschätzt.</p> <p>Nach den Schätzungen einzelner Versicherer und unter Berücksichtigung der heute noch nicht bei der GE KVG eingegangenen, teilweise um Jahre verzögerten Ab-</p>
--	---	--	--

	<p>b. für die in Frankreich wohnhaften Versicherten: 75 Prozent; c. für die in allen übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten: 65 Prozent.</p>		<p>rechnungen deutscher Trägerkassen (unterschiedlichen Abwicklungsgeschwindigkeiten der im In-/Ausland in Anspruch genommenen Leistungen), ergibt sich ein Anteil von 33 Prozent.</p> <p>Wir bitten das BAG zu prüfen, ob der Effekt unterschiedlicher Abwicklungsgeschwindigkeiten der im In-/Ausland in Anspruch genommenen Leistungen (nach Schätzungen der Versicherer etwa 7%) berücksichtigt wurde.</p>
<p>Art. 6 Inkrafttreten Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.</p>	<p>Art. 6 Aufhebung eines anderen Erlasses Die Verordnung des EDI vom 14. Oktober 2019 über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung wird aufgehoben.</p>		Keine Bemerkung.
	<p>Art. 7 Übergangsbestimmung Für die Berechnung des Risikoausgleichs des Ausgleichsjahres 2027 gilt das bisherige Recht.</p>		Keine Bemerkung.
	<p>Art. 8 Inkrafttreten Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2028 in Kraft.</p>		Keine Bemerkung.

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

Freundliche Grüsse
prio.swiss



Marco Romano
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik und Public Affairs



Axel Reichlmeier
Projektleiter Gesundheitsökonomie