Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern DFI
Office fédéral de la santé publique

Rapport sur les résultats de l'audition relative au projet de la révision de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR)

3003 Berne, août 2014

Table des matières

1 Contexte 3

2 Synthèse des prises de position 4
2.1 Remarques relatives à l'audition 4
2.2 Prises de position générales / évaluation générale du projet 4
2.3 Remarques relatives aux dispositions du projet 16
Remarques concernant l'art. 2 16
Remarques relative à l'art. 2a let. a 18
Remarques relative à l'art. 2b al. 1 18
Remarques relative à l'art. 2b al. 2 20
Remarques relative à l'art. 2c al.1 20
Remarques relative à l'art. 2d 21
Remarques relative à l'art. 6 al. 1 et 2 22
Remarques relative à l'art. 6 al. 6 22
Remarques relative à l'art. 6a 23
Remarques relative à l'art. 10 al. 1 26
Remarques relative à l'art.10 al. 2bis 26
Remarques concernant aux dispositions transitoires 27
2.4 Autres dispositions proposées 27

Annexe 1 : Liste des destinataires de l'audition 29

Annexe 2 : Liste des participants à l'audition / abréviations / statistique 38

1 Contexte

Par courrier du 13 juin 2014, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les gouvernements cantonaux et les organisations intéressées à se prononcer dans le cadre d'une audition sur le projet d'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie. Les participants avaient la possibilité de prendre position par écrit jusqu'au 4 août 2014.

Par la présente modification de l'OCoR, le Conseil fédéral concrétise l'affinement supplémentaire de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (LAMal, art. 16 à 17*a* ; FF 2014 *2771*), adoptée le 21 mars 2014 par le Parlement. Le Conseil fédéral fixe dans l'ordonnance d'autres indicateurs attestant un risque élevé de maladie. Ainsi, il ajoute à la formule de compensation des risques l'indicateur « coûts de médicaments au cours de l'année précédente », tout en maintenant l'âge, le sexe et le séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente. Il s'agit là d'une solution transitoire.

156 destinataires ont reçu les documents relatifs à l'audition (cf. annexe 1).

Au total, 58 prises de position écrites ont été retournées (51 par des participants invités officiellement à l'audition et 7 par d'autres organisations).

Les participants à la consultation se sont dans l'ensemble prononcés en faveur de l'affinement proposé de la compensation des risques en tant que solution transitoire. Certaines propositions ont été reprises dans le projet de modification de l'OCoR.

2 Synthèse des prises de position

Les prises de position écrites sont résumées ci-dessous.

2.1 Remarques relatives à l'audition

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Aufgrund der kurzen Frist zur Einreichung einer Stellungnahme und dem Umstand, dass diese Frist im Kanton Bern in die regierungsratssitzungsfreie Zeit und somit in die Sommerferien des Gesundheitsdirektors fällt, kann weder der Kanton Bern noch der Gesundheitsdirektor eine Stellungnahme zur oben erwähnten Vorlage einreichen. Daher hat im Kanton Bern die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Vorlage geprüft und lässt Ihnen eine Stellungnahme auf Verwaltungsebene zukommen.	BE
Les délais impartis par le DFI ne permettant pas de présenter un projet de réponse au Conseil d'Etat, la Chancellerie d'Etat du canton de Fribourg a chargé la DSAS de répondre directement à l'OFSP. Pour les consultations à venir, nous vous prions de bien vouloir prévoir des délais plus longs, en particulier en période estivale.	FR
Die Anhörungsfrist ist klar zu kurz. In den meisten Kantonen finden die letzten Regierungsratssitzungen bereits in der 1. Juliwoche statt. Der Fristablauf am 4. August nützt nichts. Auch im Kanton Luzern reicht die Frist nicht aus, um die Vorlage mit den Fachleuten zu besprechen und dann für die letzte Regierungsratssitzung vor den Sommerferien zu traktandieren. Ich nehme deshalb nur in meiner Funktion als Gesundheitsdirektor Stellung.	LU
Die Vernehmlassungsfrist verlängert sich in jedem Fall unter Berücksichtigung von Ferien- und Feiertagen sowie Inhalt und Umfang der Vorlage (Art. 7 Abs. 2 VIG). Die Bundesratsferien in den Monaten Juli und August gelten als Ferien im Sinne des Gesetzes. Eine während dieser Zeit laufende Vernehmlassungsfrist verlängert sich daher von Gesetzes wegen. Wir gehen davon aus, dass diese Regelung zumindest sinngemäss auch für Anhörungen zu Verordnungsentwürfen des Bundesrats gilt. Die Anhörungsfrist für die hier behandelte Vorlage dauert vom 13. Juni bis zum 4. August 2014. Für eine Stellungnahme zu diesem komplexen Thema ist der uns eingeräumte Zeitraum viel zu eng bemessen. Innerhalb von weniger als vier Wochen – der Regierungsrat hat in den Kalenderwochen 29 – 33 keine Sitzungen – können wir zu den uns zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht seriös Stellung nehmen. Aufgrund der eindeutig zu knappen Frist lehnen wir die Vorlage aus grundsätzlichen Überlegungen ab.	NW
Es ist für uns unverständlich, weshalb eine Vernehmlassung in die Sommerferien fallen muss. Wir bitten Sie zu respektieren, dass die Verwaltung vorab eine minimale Zeit für die materielle Prüfung des Geschäfts braucht. Zudem sollte die Vernehmlassungsfrist nicht während den Ferien enden, weil somit die Kantonsregierung keine Möglichkeit hat eine Stellungnahme abzugeben. Vor diesem Hintergrund bleibt uns nichts anderes übrig, als Ihnen mitzuteilen, dass der Kanton Uri auf eine Stellungnahme verzichten muss.	UR
Die von Ihnen gewährte Anhörungsfrist von vier Wochen (nach Abzug der Ferien) ist unzumutbar kurz. Wir erwarten von Ihnen, dass Sie sich künftig im Sinne des Bundesgesetzes über das Vernehmlassungsverfahren an die dreimonatige Minimalfrist halten oder eine allfällige Verkürzung adäquat begründen.	ZG

2.2 Prises de position générales / évaluation générale du projet

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Der Regierungsrat des Kantons Aargau begrüsst die Verfeinerung des Risikoausgleiches grundsätzlich. Die Solidarität unter den Versicherten soll gestärkt werden. Durch den Markt ist dies nicht zu realisieren, es braucht dazu entsprechende gesetzliche Regelungen. Wichtig ist dem Regierungsrat, dass sich der zusätzliche administrative Aufwand, welcher durch die Ergänzung von zusätzlichen Kriterien für den Risikoausgleich,	AG

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
im Rahmen hält. Das Verhältnis zwischen dem zusätzlichen Nutzen und den Zusatzaufwand für die Administration muss stimmen. Mit dem bisherigen Risikoausgleich wurden die Zielsetzungen nur teilweise erreicht. Die Prämienunterschiede sind, trotz des immensen Umverteilungsvolumens, nach wie vor sehr hoch und die Risikoselektion der Versicherten hat entsprechend der Wahrnehmung des Regierungsrats nicht abgenommen.	
Die Standeskommission hat den ausgearbeiteten Verordnungsentwurf geprüft und begrüsst die geplante Verfeinerung des Risikoausgleichs. Ein Risikoausgleich kann die Nachteile einer Risikoselektion umso effektiver verhindern, je besser für die verwendeten Ausgleichsfaktoren die individuellen Kosten der Versicherten prognostizieren können. In diesem Sinne ist es positiv zu werten, dass durch den neuen Indikator „Arzneimittelkosten im Vorjahr“ auch kostenintensive Patienten aus dem ambulanten Bereich erkannt werden können und damit der Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten gesenkt werden kann.	AI
Das Departement Gesundheit hat die Unterlagen geprüft und unterstützt die vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen der Verordnung.	AR
Aufgrund der kurzen Frist zur Einreichung einer Stellungnahme und dem Umstand, dass diese Frist im Kanton Bern in die regierungsratssitzungsfreie Zeit und somit in die Sommerferien des Gesundheitsdirektors fällt, hat im Kanton Bern die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Vorlage geprüft und lässt Ihnen eine Stellungnahme auf Verwaltungsebene zukommen. Die Direktion begrüsst die von den eidgenössischen Räten beschlossene weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs und das Vorhaben, die VORA in zwei Phasen zu revidieren. Insbesondere wird begrüsst, dass mit der vorliegenden Revision eine Übergangslösung in Kraft tritt, welche weitere Indikatoren festlegt, die auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko hindeuten. Indem in der Risikoausgleichsformel neben den bisherigen Indikatoren neu der Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt wird, können auch kostenintensive Versicherte erkannt werden, welche im Vorjahr keinen stationären Aufenthalt aufweisen. Dadurch werden die Versicherer entlastet und der Anreiz zur Risikoselektion wird verringert.	BE
Gerne teilen wir Ihnen mit, dass wir der geplanten Änderung zustimmen. Eine Verfeinerung des Risikoausgleichs ist zu begrüssen. Die vorgeschlagene Regelung ist als Übergangslösung tauglich.	BL
Der Kanton Basel-Stadt stimmt dem Revisionsvorschlag zu und befürwortet, dass der Risikoausgleich mit dieser Übergangslösung möglichst rasch im Sinn der vom Parlament verabschiedeten Gesetzesänderung verfeinert werden soll. Wir begrüssen es, dass mit dem neuen Morbiditätsindikator Arzneimittelkosten ein weiterer Beitrag zur Senkung der bestehenden Risikoselektionsanreize erzielt werden soll. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass mit dem Einbezug dieses neuen Indikators gemäss der vom BAG durchgeführten Umfrage bei den Krankenversicherern die Erklärungskraft der Risikoausgleichsformel von heute 17 Prozent auf 28 Prozent erhöht wird. Daraus schliessen wir allerdings, dass weitere Anstrengungen zur Verminderung der Risikoselektionsmöglichkeiten geboten sind. Wir möchten deshalb Folgendes festhalten: Gemäss den Erläuterungen wird mit diesem Schwellenwert bei 5'000 Franken gewährleistet, dass auch bei Versicherern, die den Tiers garant anwenden, keine Versicherten mit Bruttoleistungen für Arzneimittel über dem Schwellenwert unbekannt bleiben, und dass diesen Versicherern keine Entschädigungen verloren gehen. Der heute noch mögliche Tiers garant im Bereich Apotheke hat aber per se eine unerwünschte risikoselektionierende Wirkung, weil Krankenversicherer mit Tiers garant für Patientinnen und Patienten mit Bedarf an teuren Medikamenten unerschwinglich sind. Sie müssten die hohen Medikamentenkosten zum Voraus bezahlen und dann zur Rückerstattung einreichen, was insbesondere für chronisch Kranke die eigenen finanziellen Möglichkeiten rasch übersteigen kann. Es wird auf die pa. Iv.	BS

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
13.411 Kessler "Risikoselektion durch die Krankenkassen von Patienten mit teuren Medikamenten soll unterbunden werden" hingewiesen, welche die Verallgemeinerung des Prinzips des Tiers payant beim Bezug von Medikamenten fordert, was inzwischen von den Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) der beiden Räte unterstützt wurde und zur Ausarbeitung einer entsprechenden Gesetzesvorlage führen soll. Wir würden es begrüssen, wenn diese anvisierte KVG-Änderung den hier vorgeschlagenen verfeinerten Risikoausgleich möglichst bald wirkungsvoll unterstützen könnte.	
Sur le principe, le Canton de Fribourg s'était déjà déclaré favorable à un affinement de la compensation des risques dans les diverses consultations antérieures sur le sujet. Le nouveau critère "coûts de médicaments au cours de l'année précédente" qui doit être mis en place provisoirement en attendant l'introduction de l'indicateur "groupes de coûts pharmaceutiques" pour cerner le risque élevé de maladie paraît judicieux. Ce critère permet d'appréhender plus particulièrement les patients à risques dans le domaine de l'ambulatoire et de compléter ainsi le dernier indicateur mis en place ("séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente"), qui prend en compte avant tout le risque élevé de maladie dans le domaine stationnaire.	FR
Le Conseil d'Etat salue l'ajout d'un indicateur de morbidité supplémentaire, le coût des médicaments, dans le but d'affiner la compensation des risques. Le but de la compensation des risques étant de rendre les stratégies de sélection des assureurs moins attractives, l'ajout de cet indicateur nous paraît constituer une mesure provisoire adéquate et proportionnée dans l'attente d'indicateurs plus précis, dès 2019, permettant, notamment, de distinguer certaines maladies chroniques qui génèrent statistiquement les coûts les plus élevés et sur lesquelles la compensation des risques est censée se focaliser. Notre Conseil renonce à se prononcer sur les diverses dispositions techniques réglant les détails de procédure qui s'appliqueront aux assureurs.	GE
Wir können nachvollziehen, dass die Einführung eines zusätzlichen Morbiditätsindikators eine längere Vorlaufzeit bedingt. Es ist daher zu begrüssen, dass mit der vorgeschlagenen Übergangsregelung der Risikoausgleich trotzdem innert nützlicher Frist weiter verfeinert wird. Mit Blick auf den beträchtlichen Aufwand der mit der Datenanalyse über diese Kostengruppen verbunden ist und in Anbetracht der Tatsache, dass mit dem vorgesehenen Indikator mit grosser Wahrscheinlichkeit eher das Verschreibungsverhalten der Leistungserbringer als das effektiv erhöhte Krankheitsrisiko der Versicherten abgebildet wird, erlauben wir uns, den Nutzen der Erhebung der pharmazeutischen Kostengruppen als Morbiditätsindikator kritisch zu hinterfragen. Die Begründungen der Einteilung der Versicherten in Risikogruppen erscheinen uns demgegenüber jedoch plausibel. In Erwägung von oben Ausgeführtem sind wir mit den Änderungen der VORA im Grundsatz zwar einverstanden, möchten unserer kritischen Haltung bezüglich der Wahl des neuen Morbiditätsindikators jedoch Ausdruck verleihen.	GL
Der Kanton Graubünden stimmt den vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen der VORA zu. Zur Begründung verweisen wir auf die Stellungnahme des Vorstands der GDK.	GR
La solution proposée a pour objectif d'affiner la compensation des risques à l'aide d'un indicateur de morbidité. L'intégration de cet indicateur permettra ainsi d'identifier des assurés onéreux - sans séjour hospitalier l'année précédente - et de décharger les assureurs en conséquence. Le Gouvernement jurassien approuve ces modifications, qui vont dans le sens d'un meilleur fonctionnement du système de compensation des risques et donc d'une limitation des incitations à la sélection des risques pour les assureurs-maladie.	JU
Es ist nachvollziehbar, dass die Einführung des zusätzlichen Indikators pharmazeutische Kostengruppen eine längere Vorlaufzeit bedingt. Ebenso nachvollziehbar ist auch, dass jetzt eine Übergangsregelung vorgeschlagen wird. Der Einbezug des neuen Indikators Arzneimittelkosten erlaubt es, auch kostenintensive Versicherte ohne Aufenthalt im Vorjahr zu erkennen und deren Versicherer entsprechend zu entlasten. Der Anreiz	LU

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
zur Risikoselektion kann damit gesenkt werden. Die Kantone sind von der Regelung nicht direkt betroffen. Wir sind damit einverstanden.	
Le gouvernement neuchâtelois est en mesure d'effectuer le commentaire suivant. D'une manière générale, on ne peut que se réjouir de l'ancrage d'un critère supplémentaire dans la compensation des risques. Il ne manquera certainement pas d'apporter davantage de transparence et de limiter un peu plus la sélection des risques pratiquée par de trop nombreux assureurs.	NE
Aufgrund der eindeutig zu knappen Anhörungsfrist lehnen wir die Vorlage aus grundsätzlichen Überlegungen ab.	NW
Es nachvollziehbar, dass die Einführung eines zusätzlichen Morbiditätsindikators in Form von pharmazeutischen Kostengruppen eine längere Vorlaufzeit bedingt. Es ist daher zu begrüssen, dass mit der vorgeschlagenen, vorläufigen Übergangsregelung der Risikoausgleich trotzdem in nützlicher Frist weiter um einen Morbiditätsindikator verfeinert werden kann. Der Einbezug des neuen Indikators erlaubt es, auch kostenintensive Versicherte, die keinen stationären Aufenthalt im Vorjahr aufweisen, zu erkennen und die Versicherer entsprechend zu entlasten. Der Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind, kann damit gesenkt werden. Insgesamt sind die vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen der Verordnung über den Risikoausgleich zu unterstützen.	OW
Ein gut funktionierender Risikoausgleich setzt voraus, dass den Unterschieden im Gesundheitszustand der Versicherten möglichst umfassend Rechnung getragen wird. Die vorgeschlagene Berücksichtigung der Arzneimittelkosten führt zu einer Verbesserung der Gleichbehandlung der Versicherer und Versicherten in vergleichbarer Situation. Wir unterstützen die vorgeschlagenen Anpassungen und begrüssen die vom Bundesrat mittelfristig in Aussicht gestellte weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs durch die Berücksichtigung von pharmazeutischen Kostengruppen.	SG
Aufgrund der mangelnden spezifischen Betroffenheit der Kantone verzichten wir auf eine Stellungnahme.	SH
Den Einbezug des neuen Indikators "Arzneimittelkosten im Vorjahr“ und die Revision der VORA in zwei Phasen begrüssen wir. Die ausgearbeiteten Bestimmungen erscheinen zweckdienlich sowie einfach gehalten und dürften zu einer weiteren, erwünschten Verfeinerung des Risikoausgleichs führen. In diesem Sinne stimmen wir den vorgeschlagenen Änderungen ohne weitere Bemerkungen zu.	SO
Wir begrüssen die mittelfristige Ergänzung des Risikoausgleichs mit dem zusätzlichen Morbiditätsindikator der pharmazeutischen Kostengruppen. Die vorgeschlagene gesetzliche Umsetzung unterstützen wir und erachten sie als zielführend.	SZ
Die Verbesserung des Risikoausgleichs erachten wir als notwendig. Es ist nachvollziehbar, dass die vorgesehene Einführung eines zusätzlichen Morbiditätsindikators in Form von pharmazeutischen Kostengruppen eine längere Vorlaufzeit bedingt. Umso mehr ist es zu begrüssen, dass mit der vorgeschlagenen vorläufigen Übergangsregelung der Risikoausgleich trotzdem innert nützlicher Frist um einen weiteren Morbiditätsindikator verfeinert wird. Der Einbezug des neuen Indikators erlaubt es, auch kostenintensive Versicherte, die keinen stationären Aufenthalt im Vorjahr aufweisen, zu erkennen und die Versicherer entsprechend zu entlasten. Der Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von der Risikoselektion betroffen sind, kann damit gesenkt werden. Entscheidend ist, dass mit möglichst wenigen zusätzlichen Risikogruppen ein Maximum an Kostendifferenzierung erreicht wird. Die Begründungen der Einteilung der Versicherten in Risikogruppen sind plausibel. Da der Indikator „Arzneimittelkosten im Vorjahr“ als erste Entscheidfindung betreffend Risikogruppe beigezogen wird, ist die Höhe des Schwellenwerts dieser Kosten entscheidend. Dabei fragt sich, ob er in Höhe von Fr. 5‘000.-- korrekt angesetzt ist. In jedem Fall sollte der Schwellenwert monitorisiert werden; er erscheint uns eher zu tief angesetzt. Typische alters- und geschlechtsspezifische Kosten werden weiterhin über die Indikato-	TG

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
ren Alter und Geschlecht differenziert. Die Beibehaltung dieser Differenzierung ist zu begrüssen. Wir bitten dringlich, dass der Indikator „Hospitalisationen im Vorjahr“ überprüft wird. Er ist aus medizinischer Erfahrung nicht geeignet, das Krankheitsrisiko abzubilden. Insbesondere muss hinterfragt werden, ob dieser Indikator geeignet ist, das Verhalten der Versicherer langfristig in die Richtung eines wirksamen Case Managements zu steuern.	
Nella formula di compensazione dei rischi andrà considerato - oltre all'età, al sesso e alla degenza in ospedale o in una casa di cura nel corso dell'anno precedente - anche il nuovo indicatore di rischio rappresentato dai costi dei medicamenti dell'anno precedente. Ciò consente di individuare gli assicurati con maggiori costi a seguito del consumo di medicamenti, tenendone debitamente conto al momento della compensazione dei rischi fra gli assicuratori. Nella misura in cui ogni affinamento della compensazione dei rischi è da salutare positivamente poiché contribuisce a ridurre la selezione dei rischi fra gli assicuratori malattie, il Cantone Ticino non può che esprimersi favorevolmente sulla proposta di modifica in oggetto.	TI
Considérations générales: Le système de compensation actuel ne couvre qu'une maigre part des risques (17%). Il est très clairement insuffisant. Dans le canton de Vaud, l'écart de primes entre un petit groupe d'assureurs qui recrute les bons risques et les autres assureurs ne cesse de se creuser. La situation est même devenue particulièrement préoccupante cette année, avec seulement deux assureurs d'une certaine taille qui proposent des primes en dessous de la prime moyenne cantonale, dans la région 1. Ces deux assureurs pratiquent le tiers garant pour les médicaments. Par conséquent, les personnes à faible revenu qui ont des problèmes de santé sont discriminées. Dans ce contexte, un affinement de la compensation des risques par l'introduction d'un nouveau critère est le bienvenu. Nous saluons le fait que le Conseil fédéral n'attende pas de disposer de tous les éléments pour mettre en place l'indicateur le meilleur et le plus fin possible, mais choisisse d'intégrer rapidement, en tant que solution transitoire, un indicateur plus "basique". L'on peut néanmoins s'interroger sur la méthode d'amélioration adoptée, à savoir par ajout de critères de morbidité successifs, en particulier en choisissant prioritairement les coûts pharmaceutiques dont la version provisoire mise en consultation ne pourra être appliquée qu'en 2017, et la version définitive en 2019 ou 2020 selon vos estimations. Le canton de Vaud souhaite, d'ici à 2020, la mise sur pied d'un système de compensation qui couvre au minimum 50% des risques. A cet égard, le pas proposée qui permettrait d'atteindre 28% est à saluer mais reste encore notoirement insuffisant. Conséquences financières pour le canton: La seule conséquence financière directe pour le canton - positive, mais modeste - est liée aux subsides. L'écart de primes entre un ou deux assureurs tiers payant et les autres est devenu problématique à gérer pour le canton. Le subside maximal des assurés bénéficiaires de prestations complémentaires et du revenu d'insertion couvre uniquement les primes de base (franchise minimum) des assureurs pratiquant le tiers garant pour les médicaments. Cette solution n'est pas adéquate pour ceux qui ont des problèmes de santé. De ce fait, le canton est maintenant amené à aider financièrement certains assurés aux revenus les plus modestes, en leur accordant des subsides bénévoles afin d'éviter qu'ils ne se retrouvent avec un contentieux AOS. Le coût pour le canton est difficile à chiffrer, mais on peut l'estimer à quelques centaines de milliers de francs en 2014, auxquels il faut ajouter le traitement administratif de ces dossiers. Au vu des primes provisoires 2015, la situation se péjorera encore l'année prochaine. Toute amélioration de la compensation des risques devrait contribuer à réduire l'écart de primes entre les deux groupes d'assureur mentionnés. Par conséquent, dès 2017, les sommes versées par le canton au titre de subsides bénévoles pour les cas décrits plus haut devraient diminuer ou du moins ne pas croître. Il n'est en revanche pas possible d'avancer un montant précis. En conclusion, le département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud	VD

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
considère que le projet de modification de l'ordonnance par l'introduction d'un nouvel indicateur provisoire «coûts des médicaments au cours de l'année précédente» est un pas dans la bonne direction, mais souhaite une amélioration notoire pour 2020 avec au moins 50% des risques compensés.	
Nous relevons que la différence entre les primes proposées par les différents assureurs actifs en Valais s'élève à presque 2000 francs par année. Nous saluons donc votre volonté d'améliorer le système de compensation des risques qui devrait permettre de réduire l'important écart qui existe entre les primes proposées. Le projet de modification de l'OCoR propose l'intégration d'un nouvel indicateur de morbidité qui permet de reconnaître les assurés dont les coûts sont élevés et qui n'ont pas fait de séjour hospitalier l'année précédente. L'incitation à la sélection des risques en ce qui concerne les assurés particulièrement visés peut ainsi être diminuée. Le Gouvernement valaisan est favorable à l'introduction de ce critère supplémentaire et soutient donc les adaptations proposées par le Conseil fédéral.	VS
Wir sind mit der geplanten Änderung der Verordnung einverstanden. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs ist ein geeignetes Mittel, um den Anreiz zur unerwünschten Risikoselektion durch die Krankenversicherer zu reduzieren. Die Begründung für das Vorgehen in zwei Phasen ist plausibel, und die Übergangslösung unter Verwendung des Indikators «Arzneimittelkosten im Vorjahr» erscheint zweckmässig.	ZG
Wir begrüssen die Verfeinerung des Risikoausgleichs durch die Einführung eines neuen Morbiditätsindikators. Wir stimmen der entsprechenden Änderung zu. Ergänzend verweisen wir auf die Stellungnahme des Vorstandes der GDK vom 26. Juni 2014, dessen Ausführungen wir uns anschliessen.	ZH
Der Vorstand der GDK unterstützt die Absicht des Bundesrates, den Risikoausgleich durch Einführung von weiteren geeigneten Indikatoren der Morbidität neben dem Aufenthalt in einem Spital oder einem Pflegeheim zu verfeinern. Es ist für den Vorstand der GDK nachvollziehbar, dass die Einführung eines zusätzlichen Morbiditätsindikators in Form von pharmazeutischen Kostengruppen eine längere Vorlaufzeit bedingt. Es ist daher zu begrüssen, dass mit der vorgeschlagenen, vorläufigen Übergangsregelung der Risikoausgleich trotzdem in nützlicher Frist um einen zusätzlichen Morbiditätsindikator verfeinert werden kann. Der Einbezug des neuen Indikators erlaubt es, auch kostenintensive Versicherte, die keinen stationären Aufenthalt im Vorjahr aufweisen, zu erkennen und die Versicherer entsprechend zu entlasten. Der Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind, kann damit gesenkt werden. Die Begründungen der Einteilung der Versicherten in Risikogruppen sind für den Vorstand der GDK plausibel. Aus diesen Gründen stimmt der Vorstand der GDK der vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich zu.	GDK/CDS
La mise en œuvre de la compensation des risques est complexe. En effet, chaque affinement requiert des données supplémentaires et précises, et augmente la charge de travail ainsi que les coûts pour les assureurs. La révision partielle de l'OCoR introduisant notamment un nouvel indicateur de morbidité n'est pas satisfaisante, ceci notamment en raison du fait que les données prises en compte pour déterminer les critères proposés dans le projet d'ordonnance (notamment la valeur-seuil de coût fixée à CHF 5'000.-) n'ont pas fait l'objet d'études assez poussées. Seule une enquête auprès des assureurs a été effectuée pour déterminer les nouveaux critères et aucune analyse d'efficacité n'a été réalisée. Aussi, les critères proposés n'ont pas été fixés de façon objective, notamment à l'aide d'une base actuarielle. Or, la compensation des risques doit reposer sur des critères statistiquement stables. De plus, ce nouvel indicateur, basé sur les coûts de médicaments de l'année précédente, constitue un premier pas vers une compensation des coûts alors que seule une compensation des risques est souhaitée. Nous estimons qu'une modification de l'OCoR dans le but d'affiner la compensation des risques est positive pour le système de l'assu-	assura

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
rance maladie de base puisqu'elle permet de réduire l'attrait que représente la sélection des risques. Néanmoins, la compensation des risques proposée doit à notre avis encore être optimisée. Elle ne saurait être établie dans la précipitation, sous la pression de certains assureurs qui souhaitent percevoir des montants plus importants.	
Die Einführung von Morbiditätsfaktoren zur weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs wird ausdrücklich begrüsst. Wir erachten es als vernünftig, auf die Arzneimittelkosten im Vorjahr abzustellen. Wir unterstützen sämtliche Bestrebungen, welche zu einer sinnvollen Verfeinerung des Risikoausgleichs führen und mit welchen mögliche Anreize zur Risikoselektion eingeschränkt werden können. Der Bundesrat setzt sich richtigerweise für eine rasche Umsetzung der noch nicht in Kraft getretenen Gesetzesänderung (vgl. BBl 2014 2851) ein.	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
L'AVIVO est entièrement favorable à une amélioration de la façon de mieux répartir la compensation des risques et approuve en général les nouvelles propositions. Cela diminuera un tout petit peu la sélection des risques En effet, que des caisses maladie, comme celles qui sont des adeptes du tiers garant, pratiquent avec talent cette sélection des risques provoque une grande complexité dans l'application de la LAMal et compromet la solidarité. Hélas, il n'est pas certain que de tels dysfonctionnements disparaissent grâce aux nouvelles dispositions. Nous constatons que, quoi que puissent dire les assureurs maladie, la compensation des risques ne saurait se pratiquer sans prendre en compte les coûts. Les longues explications données dans les commentaires qui nous sont adressés concernant la classification des assurés qui changent de caisse maladie en fin d'année ainsi que le problème du calcul des réserves montrent clairement les faiblesses du système actuel : changements des caisses chaque année, frein à cette liberté et à cette offre pour les malades chroniques ficelés par les remboursement qui leur sont dus, complexité et opacité des échanges d'informations entre caisses. Il ne fait donc pas de doute aux yeux de l'AVIVO que l'instauration d'une caisse publique et unique simplifierait efficacement les questions de la compensation des risques. Nous estimons trop modeste le passage de 17% à 28% de l'impact des nouvelles dispositions et souhaitons que la faculté laissée au Conseil fédéral de compléter les estimations améliorera la situation et surtout permettra de l'accélérer.	AVIVO
Grundsätzlich begrüssen wir die Verfeinerung des Risikoausgleichs und die Möglichkeit für den Bundesrat, weitere geeignete Indikatoren der Morbidität festzulegen. Im Übrigen haben wir keine Bemerkungen.	ChiroSuisse
Après étude des documents, nous vous informons que nous n'avons pas de remarques à formuler.	Centre Patronal
curafutura und ihre Mitglieder können der vorgeschlagenen Anpassung **im Sinne einer kurzfristigen Übergangslösung** zustimmen. In einer Gesamtabwägung kommen wir zum Schluss, dass ein rascher erster Schritt zur Verfeinerung des Risikoausgleichs getan werden muss, anstatt zuerst sämtliche mit der Verfeinerung einhergehenden Fragestellungen zu klären. Gleichzeitig geht mit unserer Zustimmung die Erwartung einher, den Risikoausgleich mittelfristig sowohl konzeptionell wie auch in der Abwicklung einer grundlegenden Modernisierung zu unterziehen.	curafutura
Aujourd'hui un quatrième critère est ajouté et il n'est pas exclu que dans le futur la liste doive être étendue a d'autres critères encore pour que le mécanisme de compensation des risques fonctionne véritablement, si tant est possible. Si nous saluons sans réserve l'effort d'affinement des mécanismes de compensation des risques dans l'assurance de base, nous notons également qu'une péréquation effective des risques présente des difficultés techniques majeures et nécessite un dispositif administratif de plus en plus important, dont les coûts ne sont d'ailleurs pas chiffrés dans le projet. La nécessité même d'une compensation des risques pose également question, car elle suggère que dans l'assurance de base, la concurrence est salutaire pour autant qu'elle ne puisse véritablement se déployer. Les textes qui nous ont été soumis appellent ä une seconde remarque. Les indicateurs	éésp

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
sur lesquels s'appuie le dispositif de compensation des risques sont présentés dans l'ordonnance comme des indicateurs de morbidité, c'est-à-dire comme les signes d'une exposition à la maladie. Il en va de même du nouveau critère coût des médicaments. Cela signifie notamment que l'assuré traité avec un générique serait de santé potentiellement moins fragile que l'assuré traité pour la même affection avec un original plus onéreux. On concédera que cela ne fait pas vraiment sens. Nous proposons par conséquent de présenter l'indicateur coût des médicaments pour ce qu'il dit explicitement être, c'est-à-dire un indicateur de coût. A travers lui, on soutiendrait alors qu'un assuré représente un risque d'autant plus important pour l'assurance que les prix des médicaments nécessités par son traitement sont élevés, ce qui paraît plus réaliste. Cette réinterprétation révèle que le prix des médicaments compte parmi les facteurs des risques portés par l'assurance. Elle rappelle ainsi que les efforts engagés par le Conseil fédéral pour amener l'industrie pharmaceutique à réduire les prix des médicaments à charge des assurances ne sont pas conduits dans un simple souci d'économies, mais représentent une nécessité qu'impose toute stratégie conséquente de gestion des risques portés par l'assurance de base.	
Die FMH findet das Ziel der Verordnung - die Verfeinerung des Risikoausgleichs - grundsätzlich sehr gut. Es ist notwendig, für einen wirksamen Risikoausgleich weitere Morbiditätsfaktoren einzubeziehen. Die neue Einteilung der Risikogruppen ist das Kernstück der Revision. Gemäss Verordnungsentwurf erfolgt die erste Triagierung des Patienten aufgrund der Arzneimittelkosten im Vorjahr. Falls ein Patient unter diesen Indikator fällt, sind Alter und Geschlecht nicht mehr relevant. Da stellt sich uns die Frage, ob es eine Evidenz dafür gibt, dass Alter und Geschlecht bei hohen Arzneimittelkosten keine Rolle mehr spielen? Um eine wirkliche Verfeinerung des Risikoausgleiches erreichen zu können, müssen aus Sicht der FMH auch Alter und Geschlecht sowie möglichst viele weitere Faktoren (Wohnortregion, Spitalaufenthalt und Morbiditätskriterien) mit einbezogen werden. Der unseres Erachtens viel zu hohe Schwellenwert von CHF 5‘000.-- wurde aufgrund einer Befragung bei den Krankenversicherern festgelegt. Zu begrüssen wäre hier der Einbezug der übrigen Stakeholder.	FMH
La Fédération romande des consommateurs a combattu et combat encore et toujours la « chasse aux bons risques » organisée par les assureurs dans le seul espace de concurrence que leur laisse la LAMal. Nous ne revenons pas sur les raisons de la position de la FRC qui ont essentiellement trait à l’atteinte à la solidarité entre assurés postulée par la LAMal. Pour supprimer cette pseudo-concurrence, la FRC milite en faveur de l’instauration d’une caisse publique d’assurance-maladie qui créerait une seule communauté de risques par canton et assurerait donc la solidarité souhaitée. Le projet du Conseil fédéral d’ajouter un critère relatif au coût annuel de la prise de médicaments par les assurés ne supprimera pas la chasse aux bons risques ! La FRC salue la décision du DFI de se préoccuper de la compensation des risques. Manifestement, par sa proposition de modification de l’OCoR, le DFI cherche à atténuer les gains que réalisent les assureurs en refusant d’assurer les mauvais risques, ce qui rendrait moins intéressante la chasse aux bons risques. La FRC constate que les dispositions légales proposées sont très partielles puisqu’elles ne toucheraient que 2,3 % des assurés, c’est-à-dire ceux qui « coûtent » plus de CHF 5'000 par année en médicaments. C’est dérisoire pour atténuer sérieusement l’intérêt des assureurs à n’assurer que des bons risques. Aussi, la FRC, pour autant que la compensation des risques demeure à l’avenir un instrument de régulation de la concurrence entre les assureurs, attend impatiemment une proposition plus fine de la prise en compte du critère de morbidité « coût pharmaceutique ». Il est patent que la solution intermédiaire proposée par le DFI est de nature politique et vise à rallier une fraction de l’opinion publique à la thèse du Conseil fédéral sur l’initiative pour une caisse maladie publique.	FRC

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Wir weisen darauf hin, dass wir uns gemäss Beschluss unseres Stiftungsrates lediglich zu **Durchführungsfragen** des Risikoausgleichs äussern können. Der VORA-Entwurf enthält in Bezug auf die Durchführung des Risikoausgleichs folgende wesentliche Änderungen: 1) Das erhöhte Krankheitsrisiko wird neben den bisherigen Ausgleichsfaktoren Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr durch den zusätzlichen Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr abgebildet; 2) Es soll berücksichtigt werden, ob die Bruttoleistungen im Vorjahr für Arzneimittel der Versicherten den Schwellenwert von 5'000 Franken überschreiten; 3) Für die Zuteilung der Bruttoleistungen für Arzneimittel auf die Kalenderjahre soll das Abgabedatum massgebend sein; 4) Der Datenaustausch zwischen den Vor- und Nachversicherern bei einem Versichererwechsel soll wegfallen. Die Änderungen sollen für die Risikoausgleiche ab dem Ausgleichsjahr 2017 gelten. Wir gehen davon aus, dass diese Änderungen bei der Durchführung des Risikoausgleichs durch die Gemeinsame Einrichtung KVG grundsätzlich zu keinen grösseren Problemen führen würden und nehmen zu einzelnen, aus unserer Sicht wichtigen Punkten der Revision nachfolgend Stellung.	GE KVG
Der Risikoausgleich ist ein wichtiger Teil der Funktionsfähigkeit des Krankenkassenversicherungssystems. Jedoch ist Gesundheitsförderung Schweiz nicht direkt von diesem Mechanismus betroffen. Aus diesem Grund nehmen wir die Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung lediglich zur Kenntnis und danken Ihnen nochmals für die Möglichkeit an der Anhörung teilzunehmen.	Gesundheitsförderung Schweiz
Der Einbezug des neuen Morbiditätsindikators in Form von pharmazeutischen Kostengruppen erlaubt es, auch kostenintensive Versicherte, die keinen stationären Aufenthalt im Vorjahr aufweisen, zu erkennen und die Versicherer entsprechend zu entlasten. Dies ist speziell auch für ältere Menschen von Vorteil. Der Risikoausgleich nach den Kosten von verschriebenen Medikamenten kann die Morbidität recht einfach und ohne viele Daten erhoben werden. Der Aufwand dafür ist relativ gering und muss von den Versicherern und den administrativen Stellen ohne zusätzliche Kosten und/oder Stellen möglich sein. Die Grauen Panther Bern befürworten daher die vom Bundesrat vorgeschlagene Massnahme.	Graue Panther Bern
Nous nous étonnons que certaines exigences de l'art. 17a al. 2 LAMal aient été contournées par la mise en œuvre d'une solution transitoire. En effet, l'indicateur "coûts de médicaments au cours de l'année précédente" n'a, à notre connaissance, pas fait l'objet d'une analyse d'efficacité. En outre, tous les assureurs n'ont pas été consultés au préalable sur cette proposition de modification de l'OCoR. Malgré cette remarque, nous soutenons globalement cette proposition de modification de l'OCoR, sauf pour l'art. 6a "Exceptions pour le calcul" dont nous contestons le contenu (...).	Groupe Mutuel
Wir teilen Ihnen gerne mit, dass wir dem vorliegenden Verordnungsentwurf zustimmen.	H+
Selbstverständlich begrüssen wir die rasche Umsetzung im Hinblick auf einen verbesserten Risikoausgleich und erachten die nun vorgeschlagene Anpassung mit der Medikamentenkostenschwelle als sehr vernünftige und pragmatische Lösung. Wir erachten es allerdings als problematisch, wenn im Risikoausgleich die Wechsler und das Kriterium von Alter und Geschlecht bei den morbiden Versicherten weggelassen wird. Ausserdem sollte sicher gestellt werden, dass der Risikoausgleich auf den vollständigen Leistungskosten basiert und nicht systematisch zu tiefe Ansätze resultieren.	Helsana
Integration Handicap unterstützt die vorgesehene Verfeinerung des Risikoausgleichs und die Einführung eines neuen Indikators **"Arzneimittelkosten im Vorjahr"**. Die vorgesehene Schwelle (Kosten von über 5'000.- pro Jahr) halten wir für eher hoch, aber vertretbar. Wir würden es begrüssen, wenn auch der Faktor **"ambulante Pflegekosten im Vorjahr"** (Kosten von über 5'000.- pro Jahr) beim Risikoausgleich Berücksichtigung finden würde. Menschen mit Behinderung, welche regelmässig in erheblichem Mass Spitexleistungen zu Lasten der Krankenpflegeversicherung beanspruchen müssen, verursachen erfahrungsgemäss in hohem Ausmass Kosten und empfinden deshalb	Integration Handicap

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
nicht selten einen Druck seitens ihres Versicherers, der bei Anrechnung dieser Kosten im Rahmen des Risikoausgleichs vermutlich abnehmen würde.	
Die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht sind gut und ausreichend. Sie widerspiegeln das Gesellschaftsbild und können kaum manipuliert werden. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs auf Spital- und Pflegeheimtage des Vorjahres kann das Resultat verfälschen: wenn ein Patient wegen eines geplanten Spitalaufenthalts in eine Krankenkasse mit günstiger Grundversicherung wechselt und nach abgeschlossener, kostenintensiver Therapie zu einer hohen Franchise zurückwechselt, erhält nicht der Versicherer mit den hohen Kosten den Risikoausgleich sondern der mit der hohen Franchise. Die Spital- und Pflegeheimtage des Vorjahres statt des Rechnungsjahres zu verwenden, heisst auch die Daten des Vorversicherers einzuholen. Das ist administrativ aufwändig und fehleranfällig. Der Bundesrat möchte den Risikoausgleich auf pharmazeutische Kostengruppen ausweiten. Beim Indikator Bruttoleistungen im Vorjahr für Arzneimittel bei Kosten über Fr. 5.000.-- ist der Schwellenwert so tief angesetzt, dass die Massnahme das Kostenbewusstsein schmälert und den Konsum fördert. Die Massnahme ist fraglich, weil Fr. 5.000.-- gar kein Risiko bedeutet. Der Schwellenwert müsste auf Fr. 100.000.-- erhöht werden. Allerdings deckt die bestehende Grossrisikoversicherung das Risiko bereits ab. Jede Verfeinerung des Risikoausgleichs bedeutet eine Vermehrung und Verteuerung der Verwaltung und leistet der Einheitskasse Vorschub. Die Grundsatzdiskussion dreht sich um die Kostenbegrenzung. Eine effiziente Massnahme wäre, die wählbare Franchise an einen mehrjährigen Vertrag zu binden. Wir fordern, den Risikoausgleich auf die Faktoren Alter und Geschlecht zu reduzieren. Wenn nicht: 1) für die Berechnung des Risikoausgleichs das Rechnungsjahr und nicht das Vorjahr zu verwenden. 2) den Schwellenwert bei Fr. 100.000.-- anzusetzen.	Krankenkasse Turbenthal
Auch wenn eine öffentliche Krankenkasse das Problem des Risikoausgleichs überflüssig machen würde, würde sie eine Menge neuer Probleme und Umsetzungsschwierigkeiten bringen. pharmaSuisse unterstützt deshalb die Einheitskasse nicht. pharmaSuisse hält aber auch die heutige Situation für unbefriedigend und unterstützt jede Bemühung, um die Fehlanreize im Gesundheitssystem zu korrigieren, insbesondere sind wir gegen eine den nachhaltigen Qualitätswettbewerb verhindernde Risikoselektion wie sie heute von Billigkassen betrieben wird und werden eine solche mit allen Mitteln bekämpfen. Konsequenter Weise begrüsst pharmaSuisse jede sinnvolle Verfeinerung des Risikoausgleichs in der Hoffnung, dass sie die Risikoselektion endgültig unattraktiv machen wird. pharmaSuisse würde gerne auch weitere Massnahmen unterstützen, die bei den Versicherern Anreize schaffen, um zu Gunsten ihrer Versicherten in der Prävention und in qualitativ hochstehende Behandlung zu investieren. Wir denken an eine Möglichkeit für die Versicherten, sich freiwillig vertraglich mit einem Versicherer längerfristig zu binden. Gemäss parlamentarischer Initiative Nr. 13.411 von Frau NR Margrit Kessler wurde klar festgestellt, dass das System des Tiers Garants zur gezielten Risikoselektion führen kann. Wir schlagen vor, dass bei den Parametern des Risikoausgleichs die Anwendung des Systems des Tiers Garant durch die Versicherer berücksichtigt wird. Alternativ ist für die Versicherer eine sehr kurze Rückerstattungsfrist gegenüber den Patienten gesetzlich zu verankern.	pharmaSuisse
Le Parti socialiste suisse (PS) a pris connaissance des nouvelles dispositions visant à affiner la compensation des risques et se rallie au projet proposé. L'introduction d'un nouvel indicateur de morbidité, celui des «coûts de médicaments au cours de l'année précédente» permettra désormais de tenir compte des traitements en ambulatoire, ce qui constitue un progrès aux yeux du PS. Le PS juge important que la valeur-seuil de 5'000 francs suisses soit abaissée afin d'englober davantage de personnes et ainsi d'augmenter l'effet de l'affinage de la compensation des risques. Il convient tout de même de rappeler que la compensation des risques ne contribue qu'à	PS/SP

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
une légère atténuation des maux générés par la concurrence entre les caisses maladie. Au demeurant, seul un modèle de caisse publique tel que prôné par le PS permettrait d'annihiler les conséquences d'une concurrence, qui se joue sur le dos des assurées les plus faibles. Les économies effectuées dans les charges administratives liées à la compensation des risques pourraient être utilisées à meilleur escient.	
Der RVK begrüsst die Verfeinerung des Risikoausgleiches sowie die zügige Umsetzung der Gesetzesnovelle vom 21. März 2014. Angesichts der für die Erhebung der notwendigen Daten erforderlichen Vorlaufzeit erscheint die vorgelegte Übergangslösung als ein pragmatischer Schritt in die richtige Richtung. Im Hinblick auf die definitive Festlegung eines zusätzlichen Indikators der Morbidität erachten wir folgende Massnahmen als unverzichtbar: - die Auswirkungen der Berücksichtigung der Arzneimittelkosten im Vorjahr und der neuen Einteilung in Risikogruppen auf den Risikoausgleich sollen sorgfältig ausgewertet und bei der definitiven Ausgestaltung der Regelung berücksichtigt werden; - Durchführung von mehreren Probeläufen und Auswertung der Ergebnisse in enger Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern; - Anhörung der Krankenversicherer und der relevanten Fachkreisen unter Gewährung von adäquaten Fristen.	RVK
Der Risikoausgleich gleicht das Risiko künftiger Kosten aufgrund der unterschiedlichen Versichertenstruktur und nicht die angefallenen, vergangenen Kosten aus (prospektive Ausgestaltung): Ineffizientes Verhalten eines Versicherers wird damit nicht belohnt; hingegen aber kostenbewusstes Handeln. Dies soll und wird sich mit einem neuen Morbiditätsindikator nicht ändern. Einzig die Berechnung der künftigen Risiken soll genauer werden. Um dies zu erreichen, wird der Risikoausgleich nun um einen einfach ermittelbaren Morbiditätsindikator ergänzt, welcher die zukünftigen Risiken auch im zunehmend beanspruchten ambulanten Sektor zuverlässig erfasst. Aus unserer Sicht ist der vorliegende Verordnungsentwurf aber in wenigen Punkten ungenau oder falsch und deshalb anpassungsbedürftig. Zusammenfassend die wichtigsten Punkte und Anmerkungen: 1. Die Übergangslösung zur Verfeinerung des Risikoausgleichs mit Medikamentenkostenschranken wird von den Mitgliedern von santésuisse grossmehrheitlich begrüsst. 2. Bei den Vorschlägen (z.B. die Festlegung der Höhe der Kostenschranke) handelt es sich teilweise um subjektive Angaben ohne versicherungsmathematischen Hintergrund. 3. Einige Mitglieder von santésuisse fordern, dass die Wechsler weiterhin in allen Risikoklassen zu berücksichtigen sind. Der geringere Aufwand rechtfertigt es nicht, dass Informationen für einen exakt berechneten Risikoausgleich verloren gehen. 4. Die Mitglieder von santésuisse begrüssen grossmehrheitlich einen früheren Testlauf (aktuell Sommer 2015), zumal diese Daten bereits heute bei allen Krankenversicherern vorhanden und abrufbar sind. Anforderungen an Etappe 2: 1. Gemäss Plänen des BAG sollen die PCG nach dem niederländischen Modell an die Schweizer Verhältnisse angepasst werden. santésuisse und seine Mitglieder sollen möglichst früh in die konkrete Ausarbeitung der einzelnen PCG-Gruppen einbezogen und bei Vorabzügen oder Testdatenaufbereitungen informiert sowie involviert werden. 2. Der Datenschutz muss bei der Verwendung von PCG durch entsprechende Pseudonymisierungen und Anonymisierungen sichergestellt werden. 3. Da viele Versicherer sich bis dato noch nicht mit PCG befasst haben und detailliertes Wissen über PCG teilweise fehlt, ist es wichtig für die Umsetzung der Etappe 2, den Mehrwert der Verwendung von PCG für den Risikoausgleich aufzuzeigen.	santésuisse
Der SGB ist mit der vorgeschlagenen Verfeinerung einverstanden. Solange das Mehrkassensystem besteht sind der Risikoausgleich und dessen Verfeinerung notwendig.	SGB
Mit Ausnahme von Artikel 6a sind wir mit den vorgeschlagenen Verordnungsanpassungen einverstanden. Bei Artikel 6a sprechen wir uns dagegen aus, dass bei den Kassenwechslern die Morbiditätsindikatoren nicht mitberücksichtigt werden sollen. Wenn schon	sgv

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
administrative Vereinfachungen erzielt werden sollen (was wir seitens des sgv selbstverständlich sehr begrüssen würden), ist danach zu trachten, das System als Ganzes einfacher auszugestalten und nicht bloss einige wenige Ausnahmen vorzusehen. Zudem befürchten wir, dass mit den vorgeschlagenen Ausnahmen neue Anreize für eine Risikoselektion geschaffen werden könnten, was in Widerspruch zur eigentlichen Zielsetzung der Vorlage stehen würde.	
Der Vorstand der SP60+ unterstützt das Bestreben des Bundesrates der heutigen Diskriminierung von älteren und an chronischen Erkrankungen leidenden Menschen durch die gezielten Risikoselektion der Krankenversicherer mit einer Erweiterung des Risikoausgleichs zu begegnen. Wir müssen jedoch feststellen, dass mit der Vorlage zwar ein Schritt in die richtige Richtung eingeleitet wird, die vorgeschlagenen Massnahmen der Komplexität des Risikoausgleichs noch nicht gerecht werden. Aus unserer Sicht braucht es weitergehende Kriterien, als den Hinweis auf die Medikamentenkosten. Grundsätzlich erachten wir das gewählte Vorgehen zweckmässig, insbesondere weil der Bundesrat nun auf dem Verordnungsweg den Risikoausgleich mit weiteren Kriterien griffiger ausgestalten kann und hoffen dass er davon auch zeitnah Gebrauch machen wird. Wir weisen darauf hin, dass die Jagd auf Gesunde und die Ausgrenzung der Kranken muss für die Krankenversicherungen dringend Einhalt geboten im Interesse einer sozialen und gerechten Gesundheitsversorgung. Gerade deshalb unterstützt die SP60plus die Initiative für eine öffentliche Krankenkasse, denn damit könnte diesem Anliegen wirksam begegnet werden.	SP60+
Wir unterstützen - grundsätzlich und ohne in die Details der Verordnungsänderung einzutreten - einen verbesserten Risikoausgleich in der Grundversicherung und begrüssen es, wenn die vorgeschlagenen Anpassungen möglichst schnell und zum Vorteil der Krankenversicherten eingeführt und umgesetzt werden. Insbesondere auch die Änderung bezüglich Datentransfer zwischen den Versicherern bzw. dass der bisherige Datenaustausch über die zentrale Meldestelle teilweise wegfällt, scheint uns im Sinne eines optimierten Datenschutzes eine richtige Massnahme zu sein.	SRK
Der SSR stellt fest, dass der aktuell geltende Risikoausgleich weiterhin zu wenig differenziert die Morbidität der Patienten berücksichtigt. Für den SSR ist es zwingend, dass die Indikatoren Alter und Geschlecht sowie Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim rasch möglichst mit zusätzlichen Morbiditätsindikatoren wie die vorgesehenen pharmazeutischen Kostengruppen ergänzt werden. Das gewählte Vorgehen ist unseres Erachtens zweckmässig. Der Bundesrat hat nun die Möglichkeit, auf dem Verordnungsweg weitere Kriterien einzufügen, eine unerwünschte Risikoselektion zu unterbinden und den Risikoausgleich je nach vorhandenen Datensammlungen zu verfeinern. Wir hoffen, dass mit den vorgesehenen Massnahmen die richtigen Anreize für ein qualitativ gutes und kostenbewusstes Krankenmanagement gesetzt werden. Die Jagd auf Gesunde und die Ausgrenzung der Kranken muss für die Krankenversicherungen unattraktiv gemacht werden.	SSR
Die VASOS unterstützt das Bestreben des Bundesrates, dass der heutigen Diskriminierung von älteren und an chronischen Erkrankungen leidenden Menschen durch die gezielte Risikoselektion der Krankenversicherer mit einer Erweiterung des Risikoausgleichs begegnet werden soll. Die Vorlage ist zwar ein Schritt auf diesem Weg, doch müssen wir leider feststellen, dass die vorgeschlagenen Massnahmen den vielschichtigen Problemen des Risikoausgleichs noch nicht gerecht werden. Aus unserer Sicht braucht es dringend weiterführende Kriterien als den Hinweis auf die Medikamentenkosten. Ebenfalls möchten wir darauf hinweisen, dass die Faktoren zur Einteilung in Risikogruppen nach wie vor ungenügend sind. Grundsätzlich erachten wir das gewählte Vorgehen als zweckmässig, insbesondere weil der Bundesrat nun auf dem Verordnungsweg den Risikoausgleich mit weiteren Kriterien griffiger ausgestalten kann und hoffen dass er davon auch zeitnah Gebrauch machen wird. Wir weisen darauf hin, dass der Jagd auf Gesunde und der Ausgrenzung der Kranken muss für die Krankenversiche-	VASOS

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
rungen dringend Einhalt geboten werden muss - im Interesse einer sozialen und gerechten Gesundheitsversorgung.	
Die Einführung von Morbiditätsfaktoren zur weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs wird ausdrücklich begrüsst. Wir erachten es als vernünftig, auf die Arzneimittelkosten im Vorjahr abzustellen. Die Nichtberücksichtigung von Arzneimitteln, die über Pauschalen verrechnet werden, ist als übergangsrechtliche Lösung unproblematisch, zumal Patientinnen und Patienten mit einem Vorjahresauf-enthalt in einem Spital oder Pflegeheim in einer anderen Risikogruppe erfasst werden. Die neue Einteilung der Versicherten in die Risikogruppen ist aus medizinischer Sicht nicht zu beanstanden. Wir unterstützen sämtliche Bestrebungen, welche zu einer sinnvollen Verfeinerung des Risikoausgleichs führen und mit welchen mögliche Anreize zur Risikoselektion eingeschränkt werden können. Der Bundesrat setzt sich richtigerweise für eine rasche Umsetzung der noch nicht in Kraft getretenen Gesetzesänderung (vgl. BBl 2014 2851) ein.	VLSS
Der VSAO begrüsst grundsätzlich die Verfeinerung des Risikoausgleichs mittels des Einbezugs der Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr. Allerdings ist die Verfeinerung des Risikoausgleichs nur die zweitbeste Lösung für das Problem der Risikoselektion der Krankenkassen. Die beste Lösung wäre die Einführung einer Einheitskasse. Diese würde die störende Risikoselektion komplett unterbinden. Deshalb unterstützt der VSAO die Initiative „für eine öffentliche Krankenkasse“. Der Risikoausgleich wird den Anreiz der Krankenkassen, gute Risiken anzuziehen, nie ganz unterbinden können. Trotzdem kann mit einer Verfeinerung des Risikoausgleichs zumindest der Anreiz zur Risikoselektion vermindert werden. Die Erklärungskraft der Risikoformel wird mit der geplanten Änderung erfreulicherweise von 17% auf 28% steigen.	VSAO
Wir begrüssen grundsätzlich die Erweiterung des Risikoausgleichs mit pharmazeutischen Kostengruppen, wie dies der Bundesrat vorschlägt. Auch dem zweistufigen Vorgehen stimmen wir zu. Zur Frage, ob der Schwellenwert mit 5000 Franken richtig angesetzt ist, können wir uns nicht äussern. Wir gehen jedoch davon aus, dass dieser mit der Umfrage bei den Krankenversicherern und der verfügbaren Daten richtig ermittelt worden ist.	vips
La COMCO s'est exprimée à plusieurs reprises en faveur de l'introduction de la liberté de contracter, d'un système moniste pour le financement des prestations ambulatoires et hospitalières ainsi que du maintien et de l'affinement du système de compensation des risques dans l'assurance-maladie de base. Dans l'attente de mesures plus incisives, l'introduction de la solution transitoire proposée va dans la direction souhaitée par la COMCO qui soutient cette modification.	WEKO

2.3 Remarques relatives aux dispositions du projet

Remarques concernant l'art. 2

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
L'article 2 est très maladroitement formulé, et nous demandons qu'il soit rectifié. Citer l' «âge» et le «sexe» en soit comme «indicateurs de morbidité» qui définissent le «risque élevé de maladie» est un raccourci abusif. Quand on sait que les dépenses de santé des femmes sont un peu plus élevées que celles les hommes, l'article 2 suggère même que le sexe feminin est un facteur aggravant de «morbidité». II vaut peut-être la peine de rappeler que les prestations remboursées par l'AOS comprennent celles liées à la grossesse et à l'accouchement, bien éloignées de la maladie. Dans la réalité, il ne s'agit pas d'indicateurs de «morbidité», mais bien d'indicateurs de «dépenses de santé». Nous suggérons que l'article 2 reprenne la formulation en vigueur jusqu'a présent pour ces deux critères, à savoir: «Pour la compensation des risques, les assurés sont repartis en groupes de risque selon les critères suivants: a. âge ; b. sexe; ... ».	VD

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Wir würden es begrüssen, wenn auch der Faktor **"ambulante Pflegekosten im Vorjahr"** (Kosten von über 5'000.- pro Jahr) beim Risikoausgleich Berücksichtigung finden würde. Menschen mit Behinderung, welche regelmässig in erheblichem Mass Spitexleistungen zu Lasten der Krankenpflegeversicherung beanspruchen müssen, verursachen erfahrungsgemäss in hohem Ausmass Kosten und empfinden deshalb nicht selten einen Druck seitens ihres Versicherers, der bei Anrechnung dieser Kosten im Rahmen des Risikoausgleichs vermutlich abnehmen würde. Wir bitten Sie um Prüfung, ob dieses Anliegen bereits in der laufenden Revision oder allenfalls in einer späteren Revision berücksichtigt werden könnte.	Integration Handicap
Wichtig wäre aus unserer Sicht, den Indikator „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim“ (Artikel 2c) nicht nur auf die Spitäler oder Pflegeheime zu beschränken, sondern er müsste mit Blick auf den steigenden Pflegebedarf der Bevölkerung auch auf Institutionen der ambulanten Pflege, namentlich der Spitex, ausgeweitet werden. Damit würde der Tatsache Rechnung getragen, dass mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung Menschen mit erhöhtem Krankheitsrisiko in der Spitex gepflegt werden. Der Indikator müsste auf einen regelmässigen Bedarf im letzten halben Jahr festgelegt werden. Zudem ist zu prüfen, ob in Artikel 2 ein Absatz e für Institutionen der ambulanten pflegerischen Versorgung wie beispielsweise Tages- und Nachstrukturen als Indikatoren aufgenommen werden könnte. Diese Institutionen werden insbesondere von Langzeitpatienten mit hohem Pflegebedarf genutzt. Auch dieser Indikator müsste auf die regelmässige Nutzung dieser Strukturen im vergangenen Jahr beschränkt werden. Insbesondere gilt es auch die soziale Situation von Menschen welche unter dem Existenzminimum leben und Menschen mit einem Migrationshintergrund und von besonders vulnerablen Menschen adäquat im Risikoausgleich abzubilden.	SP60+
pharmaSuisse wird das BAG mit den vorliegenden Abrechnungsdaten der Apotheker zu Lasten der OKP gerne unterstützen, um die Anzahl der Risikopatienten festzulegen. Es stellt sich hier aber generell die Frage der Qualität der ausserhalb von den Apotheken erhältlichen Zahlen. Einerseits gibt es Versicherer, die das gesetzliche Tiers garant System anwenden und somit nur den Teil der Kosten dokumentieren können, der von den Versicherten an ihren Versicherer kommuniziert wurden. Andererseits gibt es immer noch einen erheblichen Teil der ambulanten Leistungserbringer (Selbstdispensierende Ärzte z.B.), die immer noch nicht elektronisch abrechnen.	pharmaSuisse
Der Gesetzgeber definiert hier zwingende Merkmale für den Risikoausgleich. Deshalb dürfen nicht wie bei Art. 2d vorgesehen einzelne Kriterien plötzlich weggelassen werden. zu Bst. c: Grundsätzlich ist die Einführung vorliegender Teilrevision übereilt und findet statt, bevor echte Risikogruppen auf der Basis von Medikamenten erstellt werden können. Dies führt dazu, dass die Angaben zu ungenau und nicht objektiv sind. Ansonsten stellen Arzneimittelkostenschranken für die Krankenversicherer grossmehrheitlich eine brauchbare und akzeptable Übergangslösung dar. Der Bundesrat hat die in Art. 17a Abs. 2 KVG der Änderung vom 21. März 2014 definierten Grundsätze nicht eingehalten. Eine Wirkungsanalyse im Vorfeld, im Sinne einer Abschätzung der Folgen, wäre sehr hilfreich um die Vorlage korrekt beurteilen zu können. Eine Wirkungsanalyse der Indikatoren im Nachhinein kommt zu spät, da die Versicherer den Entscheid mit entsprechendem Aufwand und Kostenfolge bereits umgesetzt haben.	santésuisse
Wichtig wäre aus unserer Sicht, den Indikator „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim“ nicht nur auf die Spitäler oder Pflegeheime zu beschränken, sondern mit dem Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen (Spitex) zu ergänzen. Damit würde der Tatsache Rechnung getragen, dass mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung Menschen mit erhöhtem Krankheitsrisiko durch die Spitex gepflegt werden. Ebenfalls möchten wir darauf hinweisen, dass die Faktoren zur Einteilung in Risikogruppen nach wie vor ungenügend sind. Insbesondere gilt es, die soziale Situation von	VASOS

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Menschen, welche unter dem Existenzminimum leben, und Menschen mit einem Migrationshintergrund adäquat im Risikoausgleich abzubilden.	
Aus dem Kommentar zur Verordnungsänderung sind nur sehr wenige Informationen zur Validität des gewählten Indikators „Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr über 5000 Fr.“ ersichtlich. Auch wenn wir uns bewusst sind, dass es sich hier um eine Übergangslösung handelt, wäre es unseres Erachtens dennoch prüfenswert, neben den reinen Kosten auch die **Anzahl der verordneten Medikamente** zu berücksichtigen.	VSAO

Remarques relative à l'art. 2a let. a

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Le premier groupe d'âge proposé est constitué par des assurés âgés de 18 à 25 ans qui y sont répartis selon leur année de naissance uniquement. Or, un enfant ne change de catégorie de prime d'assurance que dans l'année de ses 19 ans. Aussi, un assuré qui atteint l'âge de 18 ans au cours de l'année serait classé dans la catégorie d'âge des 18 à 25 ans. Cela aurait pour conséquence que les assureurs devraient verser d'importants montants pour la compensation des risques liée aux assurés de ladite classe d'âge alors qu'ils ne percevraient que de faibles primes de la catégorie Enfant. Il convient dès lors de modifier la première classe d'âge de 19 à 25 ans.	assura
Richtig wäre: Versicherte von 19-25 Jahren. Dieser Fehler bei der Angabe der Altersklasse sollte bei der nächsten Gesamtrevision der VORA angepasst werden.	santésuisse

Remarques relative à l'art. 2b al. 1

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
En ce qui concerne le montant de 5'000 francs (coûts bruts) fixé comme valeur seuil pour le nouvel indicateur, celui-ci est suffisamment élevé pour permettre la prise en compte de tous les assures, également de ceux qui ont un modèle d'assurance-maladie avec franchise élevée. Par contre, il n'est pas rare qu'une maladie puisse être traitée avec un même principe actif qui est disponible tant dans sa forme originale que sous forme de générique, bien moins coûteux, ou par des médicaments différents aux vertus similaires, dont les prix varient parfois fortement. La question se pose des lors de savoir si la limite des 5'000 francs est suffisamment basse pour ne pas manquer ces cas représentant un risque élevé de maladie mais qui passent par les mailles du filet parce que leur traitement se fait à l'aide de médicaments ou génériques "trop bons marché" pour être remarqués. En outre, le système révisée de fixation du prix des médicaments qui doit entrer en vigueur d'ici début 2015 et le système de référence pour les génériques qui doit être mis en place dans un deuxième temps, qui ont pour but de stabiliser la hausse des coûts des médicaments, auront vraisemblablement une incidence sur les prix des médicaments. Dès lors il faudra évaluer l'impact de ces nouveaux systèmes et vérifier si le montant de 5'000 francs pour le seuil inférieur est encore adapté au nouveau cadre.	FR
Es fragt sich, ob der Schwellenwert in Höhe von Fr. 5'000.-- korrekt angesetzt ist. In jedem Fall sollte der Schwellenwert monitorisiert werden; er erscheint uns eher zu tief angesetzt.	TG
Dans son rapport explicatif, l'OFSP affirme qu'avec l'introduction de ce critère provisoire, qui ne concerne pourtant que 2.3% de la population, 28% des risques seraient dorénavant compensés contre 17% actuellement. Nous avons quelques doutes et souhaitons obtenir les références qui permettent d'avancer ce chiffre. Le choix du seuil de CHF 5'000.- de dépenses brutes pour scinder les assurés en deux catégories de risques distinctes suscite quelques interrogations. S'il est évident que la valeur seuil du nouvel indicateur ne peut pas se situer au-dessous de CHF 2'500.-, du	VD

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
fait des franchise à option, plusieurs maladies chroniques (dont l'asthme et les affections cardiaques), pour lesquelles les prestations de soins atteignent par ailleurs des coûts importants, n'entrent pas dans la catégorie de risques élevés de maladie. Cette exclusion est à déplorer. La très grande transparence de la limite retenue pourrait aussi induire des stratégies évidentes de dépassement de la part des assureurs, afin de basculer dans une catégorie de risque plus favorable. Pour cette raison, nous demandons que la possibilité de manipulation de cet indicateur via des pressions des assureurs puisse être évaluée par l'OFSP.	
Die Nichtberücksichtigung von Arzneimitteln, die über Pauschalen verrechnet werden, ist als übergangsrechtliche Lösung unproblematisch, zumal Patientinnen und Patienten mit einem Vorjahresaufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim in einer anderen Risikogruppe erfasst werden.	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Der unseres Erachtens viel zu hohe Schwellenwert von CHF 5‘000.-- wurde aufgrund einer Befragung bei den Krankenversicherern festgelegt. Zu begrüssen wäre hier der Einbezug der übrigen Stakeholder. Auch hier fehlt unseres Erachtens die Evidenz für den Schwellenwert von CHF 5‘000.--.	FMH
Ob die Schwelle von 5‘000 CHF auch in 4 oder 5 Jahren noch der beste Wert ist, um eine möglichst hohe Wirkung im RA zu erzielen, ist offen. Um sich dem unnötigen Vorwurf, die Versicherer hätten mit einer fixem Schwelle Anreize zum „Mogeln“ (analog Spitalaufenthalt 3 bzw. 4 Tage) zu entziehen, lässt man die Schwelle am besten noch offen und legt sie später datenbasiert fest. Es kann ausserdem sein, dass sich die Erkenntnis durchsetzt, dass mit mehreren Schwellen eine weitaus grössere Wirkung erzielt werden könnte. Hier soll man sich nichts verbauen. Änderungsvorschlag: 1 Für die Festlegung der Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt werden die Bruttoleistungen (Nettoleistungen plus Kostenbeteiligungen) im Vorjahr für Arzneimittel, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden und über den vom BAG fixierten Schwellenwerten liegen, sofern diese Arzneimittel nicht bereits in einer Pauschale enthalten sind. Weitere Vorschläge, Absatz 1 zu ergänzen: - Die Arzneimittelkosten werden vom Versicherer in Gruppen von 500 Franken-Schritten erhoben. - DRG-Sonderentgelte für Medikamente gelten als Arzneimittelkosten.	Helsana
Die vorgesehene Schwelle (Kosten von über 5'000.- pro Jahr) halten wir für eher hoch, aber vertretbar.	Integration Handicap
pharmaSuisse kann nicht beurteilen, ob diese Grenze von CHF 5‘000.- vernünftig ist, um die Risikoselektion weniger attraktiv zu machen. Wir gehen davon aus, dass das EDI bzw. das BAG eine Wirkungsanalyse in Auftrag geben wird, um zu sehen, ob sich diese Massnahme tatsächlich gegen die Risikoselektion auswirkt. Da nur jährliche Medikamentenkosten zu Lasten der OKP berücksichtigt werden sollten, die CHF 5‘000.- überschreiten, wird wahrscheinlich die Wirkung des Systems des Tiers Garants auf der Datenqualität kaum zu Problemen führen, da die maximale Jahresfranchise bei CHF 2‘500.- liegt. Bei Pauschalen, die neben Medikamenten noch andere Leistungen beinhalten, sind wir einverstanden. Wenn aber nur Medikamente enthalten sind, z.B. bei besonderen Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers im ambulanten Bereich, so sind diese zu berücksichtigen andernfalls gibt es eine Wettbewerbsverzerrung zwischen Pauschaltarifen und Einzelleistungstarifen.	pharmaSuisse
Le PS juge important que la valeur-seuil de 5'000 francs suisses soit abaissée afin d’englober davantage de personnes et ainsi d’augmenter l’effet de l’affinage de la compensation des risques.	PS/SP
Grundsätzlich ist die Grenze von CHF 5000.- eine praktikable Schranke. Das Fixieren dieser Schranke für die gesamte Übergangsfrist sorgt insgesamt für Stabilität in der Be-	santésuisse

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
rechnung des Risikoausgleichs. Schwierigkeiten bereitet allerdings, dass es sich um eine subjektive Angabe ohne versicherungsmathematischen Hintergrund handelt. Die verwendete Definition der Arzneimittelkosten muss zwingend im Leitfaden zur Datenerhebung präzisiert werden. Insbesondere mit Blick auf folgende Fragen: 1. Werden auch Magistralrezepturen gemäss Arzneimittelliste mit Tarif im Risikoausgleich berücksichtigt? 2. Werden auch Arzneimittel, die aus wirtschaftlichen Gründen von der OKP übernommen werden im Risikoausgleich berücksichtigt (beispielsweise grand frère)?	
Der Schwellenwert von 5000 Fr. ist sehr hoch. Zudem erscheint uns die Festlegung des Schwellenwerts mittels einer Befragung der Krankenkassen kein geeignetes Vorgehen zu sein. Es ist für uns aus den Unterlagen nicht ersichtlich, wieso ein **tieferer Schwellenwert** von bspw. 3000 Fr. den Risikoausgleich nicht noch weiter verbessern würde. Die Schwelle von bspw. 3000 Fr. würde immer noch über der höchsten Franchisestufe von 2500 Fr. liegen, womit keine Probleme bei Versicherungen, welche den tiers garant an-wenden, entstehen würden. Es würden jedoch Versicherte mit anderen Krankheitsbildern (z.B. die im Bericht erwähnten Asthma- oder Herzkrankheiten oder multimorbide Patientinnen und Patienten) zusätzlich im Risikoausgleich berücksichtigt, was sinnvoll erscheint.	VSAO

Remarques relative à l'art. 2b al. 2

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Es ist sinnvoll, dass die Medikamentenkosten zum Zeitpunkt der Abgabe massgebend sind. Einerseits haben dadurch Versicherer, welche keine direkte elektronische Verrechnung von den Apotheken und Leistungserbringern aufweisen, in Kauf zu nehmen, dass ihnen allenfalls ein Zusatzaufwand in der Datenerhebung entsteht. Andererseits profitieren diese von der Bezahlung in Vorkasse durch die Patienten und Patientinnen.	TG
Gemäss Art. 2b Abs. 2 des VORA-Entwurfs ist für die Zuteilung der Bruttoleistungen auf die Kalenderjahre das Abgabedatum massgebend. Abklärungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG bei Versicherern haben ergeben, dass das Abgabedatum der Medikamente gegenwärtig noch nicht von allen Versicherern in ihren Systemen erfasst wird bzw. erfasst werden kann. Uns ist auch nicht klar, ob das Abgabedatum auf den Rechnungen der Leistungserbringer lückenlos vorhanden ist. Ohne diese Angabe sowie deren Erfassung durch die Versicherer ist jedoch keine ordnungsgemässe Durchführung des revidierten Risikoausgleichs möglich. Wir sind deshalb der Meinung, dass die Versicherer (allenfalls auch Leistungserbringer) vom BAG rechtzeitig entsprechend informiert und angewiesen werden sollten.	GE KVG
Das Datum der Abgabe der Arzneimittel entspricht dem statistischen Behandlungsbeginn. Die Zuteilung der Bruttoleistungen auf das Kalenderjahr ist somit genug klar definiert. Zusätzliche Präzisierungen auf der VORA-Stufe sind demnach nicht notwendig. Allenfalls sind später im Leitfaden zur Datenerhebung Präzisierungen notwendig und hilfreich.	santésuisse

Remarques relative à l'art. 2c al.1

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Aus Gründen der besseren Verständlichkeit empfehlen wir zudem, Artikel 2c Absatz 1 sprachlich zu überarbeiten.	GL
Bittet dringlich, den Indikator „Hospitalisationen im Vorjahr“ zu überprüfen. Er ist aus medizinischer Erfahrung nicht geeignet, das Krankheitsrisiko abzubilden. Insbesondere muss hinterfragt werden, ob dieser Indikator geeignet ist, das Verhalten der Versicherer langfristig in die Richtung eines wirksamen Case Managements zu steuern.	TG
Une petite remarque de forme supplémentaire: art. 2c, al.1, reprendre le terme "séjour	VD

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
~~dans~~ un hôpital ou dans un établissement...", tel que figurant à l'art. 2, let. d nouveau.	

Remarques relative à l'art. 2d

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Die Begründungen der Einteilung der Versicherten in Risikogruppen erscheinen uns plausibel.	GL
Le fait de classer les assurés dont les «coûts des médicaments au cours de l'année précédente » dépassent CHF 5'000.francs dans un groupe de risque à part, sans les subdiviser par classes d'âge et par sexe, est discutable. Le rapport explicatif se réfère certes à des enquêtes menées par l'OFSP avec la collaboration des assureurs, mais aucune preuve chiffrée n'est avancée. Toutefois, les arguments mentionnés par l'OFSP pour justifier cette décision restent convaincants. Il s'agit d'une catégorie estimée à 2.3% des assurés et la subdiviser en de nombreux sous-groupes pourrait même aboutir à des catégories sans assurés. Sans compter les coûts de traitements supplémentaires engendrés par la multiplication de catégories. Dans l'ensemble, nous saluons l'effort entrepris par l'OFSP pour trouver la solution la plus simple possible, compte tenu de l'aspect provisoire du nouvel indicateur, estimé à trois ans au maximum. Cependant, lors de l'audition de la version définitive, le département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud demande que le choix des nouveaux groupes de risques soit davantage documenté, avec des arguments chiffrés.	VD
Die neue Einteilung der Versicherten in die Risikogruppen ist aus medizinischer Sicht nicht zu beanstanden.	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Das neue Verfahren mit gänzlichen Verzicht auf eine Unterteilung in Alters- und Geschlechtsgruppen bei versicherten Personen mit Arzneimittelkosten über CHF 5000 beurteilen wir ambivalent: Einerseits lässt sich argumentieren, dass nicht partiell auf die Anwendung eines Kriteriums verzichtet werden sollte, nur weil ein anderes Kriterium anhand aktueller Daten die Relevanz des ersten Kriteriums zu "negieren“ scheint. Andererseits anerkennen wir jedoch, dass das Vorgehen pragmatisch ist und zumindest die aktuelle Datenlage zeigt, dass die weitere Unterteilung der betroffenen Versicherten nach Alter und Geschlecht keine weitere Verbesserung mit sich bringt. Aufgrund der gleichen Argumente - zu kleine Gruppengrössen und vernachlässigbare Kostenunterschiede bei Versicherten mit Vorjahresmedikamentenkosten über CHF 5000 wäre konsequenterweise auch bei den Versicherten mit stationärem Aufenthalt im Vorjahr unterhalb der Medikamentenkostenschwelle eine Reduktion der Anzahl Alters- und Geschlechtsgruppen sinnvoll, um Zufallsschwankungen zu vermeiden. Die statistischen Probleme, die sich wegen zu kleiner Gruppengrössen ergeben, sind Folge des heutigen Zellenansatzes, der als Methode für einen Risikoausgleich mit Einbezug von Morbiditätskriterien, wie er vom Gesetz gefordert wird, schon heute an seine Grenzen stösst. Es sind daher neue Wege zur Überwindung dieser Probleme zu prüfen.	curafutura
Die neue Einteilung der Risikogruppen ist das Kernstück der Revision. Gemäss Verordnungsentwurf erfolgt die erste Triagierung des Patienten aufgrund der Arzneimittelkosten im Vorjahr. Falls ein Patient unter diesen Indikator fällt, sind Alter und Geschlecht nicht mehr relevant. Da stellt sich uns die Frage, ob es eine Evidenz dafür gibt, dass Alter und Geschlecht bei hohen Arzneimittelkosten keine Rolle mehr spielen? Um eine wirkliche Verfeinerung des Risikoausgleiches erreichen zu können, müssen aus Sicht der FMH auch Alter und Geschlecht sowie möglichst viele weitere Faktoren (Wohnortregion, Spitalaufenthalt und Morbiditätskriterien) mit einbezogen werden.	FMH
Mit der geplanten Berücksichtigung des Indikators Arzneimittelkosten im Vorjahr würde sich die Anzahl der Risikogruppen auf 62 erhöhen (gegenwärtig 60 Risikogruppen). Wir gehen davon aus, dass mit dieser moderaten Erhöhung auch weiterhin sichergestellt	GE KVG

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
sein sollte, dass die Anzahl der Versicherten in den einzelnen Risikogruppen auch bei kleineren Kantonen eine "kritische Grösse" nicht unterschreitet und sich damit die Gefahr von sog. "Ausreissern" bei den Durchschnittskosten nicht wesentlich erhöht.	
Alter und Geschlecht sind vom Gesetzgeber definierte zwingende Risikomerkmale. Deshalb können diese auch nicht für einzelne Risikogruppen wegbedungen werden. - Erste Trends in Folge neuer Entwicklungen im Bereich Onkologie / personalisierte Medizin zeigen klar altersabhängige Arzneimittelkosten. Bei den Neu- Entwicklungen / Zulassungen ist der Trend zu sehr teuren altersabhängigen Kombinationstherapien (Targets) bereits feststellbar. - Der vorliegende RA wird voraussichtlich 2017-2020 und allenfalls sogar länger Gültigkeit haben, bis dahin wird sich bei den Medikamentenkosten eine klare Alters- und Geschlechter-Abhängigkeit zeigen Alle Versicherten werden mittels Regression in Risikogruppen gemäss allen Risikomerkmalen eingeteilt. Vorschlag für Artikel 2d: Versicherte werden nach den Indikatoren Alter, Geschlecht, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr und den Arzneimittelkosten im Vorjahr in Risikogruppen eingeteilt. (Bst. a und b und Abs. 2 streichen)	Helsana
Untersuchungen des BAG in Zusammenarbeit mit Versicherern haben gezeigt, dass anscheinend bei Versicherten mit Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr über 5000 Franken, mit steigendem Alter keine höheren Durchschnittsleistungen feststellbar sind. Auch das Geschlecht hat in diesen Risikogruppen angeblich keinen signifikanten Einfluss auf die Durchschnittsleistungen. Gestützt auf diese Angaben sind die Versicherer einverstanden mit der beschriebenen Reihenfolge und der Vorgehensweise der Einteilung der Versicherten in Risikogruppen. Insbesondere bei kleinen und mittleren Versicherern bei kleinen Beständen erscheint dieses Vorgehen praktikabel. Gemäss dem übergeordneten Artikel 2 lit. a bis d, wo beschrieben wird, welche Kriterien für den Risikoausgleich verwendet werden, ist es aber juristisch nicht zulässig, dass die Kriterien Alter und Geschlecht bei den beiden Risikogruppen gemäss Art. 2d Abs. 1 lit. a und b weggelassen werden dürfen. Zu Abs. 2: Für die Versicherer stellt die Lieferung der Daten nach 62 RA-Klassen kein Problem dar. Das BAG hat angedeutet, dass die Versicherer weiterhin 120 RA-Gruppen an die Gemeinsame Einrichtung KVG liefern können und die GE KVG fasst dann die Daten zu 62 RA-Gruppen zusammen. Die Lieferung von 62 oder 120 RA-Klassen ist im Rahmen des geplanten Probelaufs zu definieren. Aus rein technischer Sicht können beide Varianten zur Datenlieferung umgesetzt werden.	santésuisse

Remarques relative à l'art. 6 al. 1 et 2

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Änderungsvorschläge: 1 Im Ausgleichsjahr werden mittels Regression die durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg (Gruppendurchschnitt) für das Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet. 2 Im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, werden die erwarteten Gesamtnettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen für das Ausgleichsjahr mittels Regression berechnet.	Helsana

Remarques relative à l'art. 6 al. 6

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Gemäss Art. 6 Abs. 6 des VORA-Entwurfs leisten die Versicherer, welchen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, keine Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge	GE KVG

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
im Ausgleichsjahr. Diese Regelung erachten wir als sinnvoll, machen jedoch in diesem Zusammenhang auf folgende Problematik aufmerksam: Im Ausgleichsjahr (Jahr X) sind jeweils Akontozahlungen zu leisten, welche gemäss Art. 12 Abs. 2 VORA der Hälfte der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrages des Risikoausgleichs für das vorletzte Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr (d.h. Jahr X-2) entsprechen. Wenn ein inzwischen aufgelöster Versicherer im Jahr X-2 noch in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig war, so muss er am Risikoausgleich des -Jahres X-2 teilnehmen. Wie oben erwähnt betragen die Akontozahlungen für das Jahr X jeweils die Hälfte der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrages des Risikoausgleichs für das Jahr X-2. Muss der aufgelöste Versicherer nicht mehr an der Akontozahlung im Jahr X teilnehmen, so entspricht das Total der Akontozahlungen sämtlicher Versicherer nicht mehr einem Nullsummenspiel Wie in einem entsprechenden Fall vorgegangen werden muss, sollte in der VORA unserer Meinung nach unbedingt geregelt werden, insbesondere wenn der Versicherer im Risikoausgleich X-2 eine Abgabe leisten musste. Wir sind nicht sicher, ob für diesen Fall die Bestimmung in Art. 12 Abs. 4 VORA anwendbar sind. Insbesondere da der Versicherer im Ausgleichsjahr eventuell noch eine Zahlung für einen Risikoausgleich früherer Jahre bezahlen muss oder erhält, schlagen wir Ihnen zudem in Art. 6 Abs. 6 des VORA-Entwurfs folgende Umformulierung des ersten Satzes vor: *Die Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, leisten keine Risikoabgabe und erhalten keinen Ausgleichsbeitrag für das Ausgleichsjahr.*	

Remarques relative à l'art. 6a

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Die rasche Realisierung besagter KVG-Änderung [pa. Iv. 13.411 Kessler] regen wir auch im Licht der vorgeschlagenen Änderung bei der Bemessung des Risikoausgleichs für Kassenwechsler an: Gemäss E-Art. 6a Abs. 1 VORA sollen bei Versicherten, welche per Jahresende den Versicherer wechseln, für den Risikoausgleich des neuen Versicherers aus an sich nachvollziehbaren Gründen nur die Indikatoren Alter und Geschlecht berücksichtigt werden, nicht aber auch die Arzneimittelkosten und Spital- oder Pflegeheimaufenthalte im Vorjahr. Die Risikoausgleichszahlungen an den neuen Versicherer für chronisch Kranke werden demnach zum Versicherungsbeginn ungenügend sein. Dies verstärkt das Interesse eines Versicherers zur Handhabung des Tiers garant-Prinzips im Bereich Medikamente, so lange dies von Gesetzes wegen zulässig ist, damit er für chronisch Kranke möglichst unattraktiv ist.	BS
D'autres simplifications peuvent également porter à discussion, à l'instar de celle adoptée lors des changements d'assureur au début d'une année civile. Dans ce cas, les indicateurs «coûts des médicaments» et «séjours dans un hôpital ou un EMS» ne sont pas inclus dans Ia compensation des risques. L'argument avancé est que les assurés présentant un risque élevé sur ces deux critères changent rarement d'assureur. Mais cette situation peut évoluer.	VD
Le nouvel art. 6a OCoR Introdult des exceptions pour les assurés qui changent d'assureurs pendant ou à Ia fin de l'année civile déterminante pour le calcul des coûts des médicaments et des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social. En effet, les indicateurs "séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de **l**'année précédente" et "coûts de médicaments au cours de l'année précédente" ne sont pas pris en compte pour les assurés qu**i** changent d'assureur. La suppression de ces indicateurs est proposée dans le but d'éviter des échanges de données coûteux. L'organisme central de transfert deviendrait ainsi inutile et cela aurait pour effet une diminution des coûts. Si à priori toute réduction des coûts dans le système de santé doit être saluée, cette proposition est en contradiction avec le but de Ia révision qui tend à affiner Ia compensation des risques. En effet, il nous apparaît contradictoire d'introduire d'un côté un nouvel indica-	assura

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
teur tout en supprimant de l'autre deux anciens indicateurs. Le système proposé conduirait à des calculs approximatifs et donc à une répartition moins précise des assurés dans les groupes de risque.	
Der Sinn eines Risikoausgleichs besteht grundsätzlich darin, Fehlanreize für Risikoselektion und die damit einhergehende Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden einzuschränken, indem der Versicherer letztlich für jede versicherte Person eine (annähernd) risikogerechte „End-Prämie“ erhält. Der Risikoausgleich kompensiert damit die Effekte der Prämienregulierung, die keine dem individuellen Risiko des Versicherten angemessene Prämie zulässt. Hierbei ist zu beachten, dass die neu eingeführten Kriterien zur Abbildung der Morbidität (Kriterium stationärer Aufenthalt 2012, Kriterium Arzneimittel seit 2015) jeweils auf das Vorjahr referenzieren, weil nur künftig zu erwartende höhere Risiken ausgeglichen werden sollen, um Risikoselektion zu vermeiden. Es soll aber kein Kostenausgleich stattfinden, der unerwünschterweise ineffiziente zulasten effizienter Versicherer belohnen würde. Da Selektionseffekte gerade bei der Gruppe der Versichererwechsler eine nicht unbedeutende Rolle spielen können, würde die Wirkung des Risikoausgleichs durch die Nichtberücksichtigung dieser Personen bei den beiden Merkmalen zur Ermittlung eines erhöhten Krankheitsrisikos beeinträchtigt. Es müssen folglich Gründe für ein solches Vorgehen sprechen. Im Vergleich zum aktuellen Risikoausgleich mit dem etablierten Verfahren des Datenaustausches über die ZEMRA ist der Zusatzaufwand, den die zusätzliche Codierung der Wechsler mit hohen Medikamentenkosten verursacht, minimal, so dass diese Zusatzaufwand kaum ein Argument für die Abschaffung des Datenaustausches sein kann. Von der Nichtberücksichtigung der Versichererwechsler bei den Morbiditätskriterien ist abzusehen, weil gerade bei den Wechslern Selektionseffekte eine nicht unbedeutende Rolle spielen können.	curafutura
Wir begrüssen den geplanten Wegfall des Austauschs der Daten der Versichererwechsler zwischen den Vor- und Nachversicherern. Dieser Austausch führt bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG wie auch bei den Versicherern zu grösseren Aufwendungen und damit zu erhöhten administrativen Kosten. Wie vom BAG in Auftrag gegebene Studien ergeben haben, kann das aufgrund der Berücksichtigung der Daten der Wechsler resultierende zusätzliche Umverteilungsvolumen dagegen als vergleichsweise gering eingeschätzt werden. Zudem kann ein Datenlieferungsfehler eines Vorversicherers an die zwischengeschaltete zentrale Meldestelle (ZEMRA) dazu führen, dass mehrere Datenlieferungen oder im Extremfall die Datenlieferungen sämtlicher Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG korrigiert werden müssen. Bei dem geplanten Einbezug der Medikamentenkostenschranke würde sich diese Problematik noch zusätzlich verschärfen.	GE KVG
Chaque année, le pourcentage de la population qui change de caisse-maladie est supérieur à 7.5%. Une exclusion des informations de morbidité pour plus d'un demi-million d'assurés par année du calcul de la compensation des risques n'est pas compatible avec l'objectif de cette révision, qui ambitionne justement de développer la compensation des risques. En plus, cette exclusion créerait de nouveaux incitatifs pour une sélection des risques, ce que le CF souhaite justement combattre. En effet, celle-ci serait renforcée car les contributions de la compensation des risques pour les nouveaux assurés plutôt malades seraient presque inexistantes. En outre, dans le rapport de 2011 du CF relatif à l'introduction d'un autre critère de morbidité, l'abolition du ZEMRA, qui venait d'être créé, était proposée pour la première fois. L'échange des données sur les changeurs de caisse-maladie était pourtant encore explicitement recommandé dans l'expertise scientifique qui était à la base du rapport du CF. Ainsi, il y avait un consensus scientifique sur la nécessité de la prise en compte des changeurs de caisses et sur l'adéquation du mécanisme du ZEMRA.	Groupe Mutuel

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Ensuite, l'économie des coûts suite à l'abandon du ZEMRA seraient minime, soit d'environ Fr. 100'000.- par année. Enfin, en vue de 'introduction de nouveaux critères pour la compensation des risques, il est judicieux de continuer d'échanger les données sur les changeurs de caisses afin de pouvoir en mesurer les effets. Le moment présent est donc particulièrement défavorable pour proposer l'abandon du ZEMRA. Les informations échangées via le ZEMRA sont importantes afin de pouvoir réaliser les analyses d'efficacité selon l'art. 17a al. 2 LAMal. Pour finir, l'impact sur les primes, qui serait occasionné par ce changement, représente un autre problème important. En effet, en ne prenant pus en considération la morbidité des changeurs de caisse, les assurés malades deviendraient déficitaires pour le nouvel assureur, puisque celui-ci recevrait un montant de compensation fortement inférieur. Actuellement la contribution à la compensation des risques pour un assuré admis dans l'année correspondant à l'indicateur "séjour dans un hôpital ou dans un EMS au cours de l'année précédente" se monte à plus de Fr. 10'000.- par année moyenne. Le changement proposé par l'art. 6a pourrait donc avoir des conséquences dramatiques pour certains assureurs, notamment pour les petits portefeuilles. Il est important de remarquer que la situation à prendre en compte n'est pas celle au niveau national, mais bien celle évaluée pour chaque canton/région de primes. Le nombre de cas potentiellement problématiques est ainsi élevé. La problématique décrite ci-dessus prendra encore plus d'importance lors de l'introduction de nouveaux critères de morbidité comme les groupes de coûts pharmaceutiques, car les manques de contributions à la compensation des risques augmenteront pour les cas multi-morbides qui requièrent d'autres compensations que celles nécessitées par le critère d'hospitalisation. Cet état de fait, qui promettrait d'être lacunaire, serait même renforce à cause des pratiques des services sociaux, du tuteur général ainsi que celles d'autres services de l'Etat, puisque qu'ils affilient leurs bénéficiaires auprès des caisses-maladies affichant les primes les meilleurs marché. Cette manière de faire provoque un afflux massif de certains types d'assurés plutôt coûteux auprès d'un nombre limité d'assureurs. Sans une compensation adéquate, la situation de certains assureurs-maladie pourrait se détériorer de manière considérable et devenir difficile. De façon générale, l'exclusion des informations de morbidité des changeurs de caisse du calcul de la compensation des risques augmente de façon très importante la volatilité des primes, ces dernières devant couvrir les coûts dans chaque canton/région de primes.	
Änderungsvorschlag: 1 Bei der Ermittlung der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim sowie der Arzneimittelkosten berücksichtigt der Versicherer auch diejenigen seiner Versicherten, die im betroffenen Jahr bei einem anderen Versicherer versichert waren. 2 streichen Begründung: Ziel des neuen Risikoausgleichs ist es, den Anreiz zur Risikoselektion zu reduzieren. Begründung: Die integrierte Versorgung und Angebote der Versicherer zur Kostensteuerung bei chonischkranken und multimorbiden teuren Patienten sollen gefördert werden. Dass ausgerechnet die Wechsler vom neuen Risikoausgleich ausgeschlossen werden, widerspricht dieser Zielsetzung diametral. In der Vergangenheit wechselten vor allem Gesunde. Künftig wird das nicht mehr so sein, beabsichtigte doch der Gesetzgeber mit der neusten Änderung, dass sich die Versicherer mit ihren Angeboten vermehrt auch gerade an diejenigen Versicherten richten, die über Steuerungs- und somit Einsparpotenzial verfügen. Unter diesem Aspekt müssen gerade die Wechsler künftig erst recht mitberücksichtigt werden. Es kann nicht sein, dass das Grundprinzip des Risikoausgleichs mit immer mehr Ausnahmen unterwandert wird: Kinder, Asylanten, Grenzgänger etc… Die Wechsler werden auch mit dem „alten“ Risikoausgleich (2012) bereits berücksichtigt. Die Versicherer haben ein entsprechendes Verfahren entwickelt und implementiert.	Helsana

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Diese Ausnahme leuchtet uns nicht ein. Weshalb soll ein Versicherer zusätzlich zur Versicherung eines identifizierten Risikopatienten noch beim nächsten Risikoausgleich bestraft werden?	pharmaSuisse
Änderungsvorschlag: 1 Versicherte, die in dem für die Ermittlung der Arzneimittelkosten und der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim massgeblichen Kalenderjahr bis zum Jahresende bei einem anderen Versicherer versichert waren, werden für die Berechnung des Risikoausgleichs ebenfalls berücksichtigt. 2 streichen Begründung: Einige Mitglieder von santésuisse fordern, dass die Wechsler weiterhin in allen Risikoklassen zu berücksichtigen sind. Der Informationsverlust im Risikoausgleich lässt sich durch die vorgeschlagenen Neuerungen keinesfalls rechtfertigen. Zudem sind die Versicherer mit viel Zuwachs deutlich benachteiligt mit dieser Lösung. Die Meldungen der Vorversicherer via ZEMRA sind (auch gemäss Gemeinsame Einrichtung KVG) etabliert und wenig komplex. Die Komplexität in der Sache ergibt sich aufgrund der zunehmenden Anzahl von Flags, ist aber mehrheitlich unabhängig von dieser zusätzlichen Lieferung. Die mit dem Ausschluss der Wechsler verbundenen Gefahren sind gross, denn dies führt zu einem zusätzlichen Anreiz zur Risikoselektion. Zudem scheiden zwischen 8 und 12% der Bevölkerung aus den Risikoausgleichsberechnungen aus. Ziel des neuen Risikoausgleichs ist es, den Anreiz zur Risikoselektion zu reduzieren. Die integrierte Versorgung und die Angebote der Versicherer zur Kostensteuerung bei chronisch kranken und multimorbiden teuren Patienten sollen gefördert werden. Dass ausgerechnet die Wechsler vom neuen Risikoausgleich ausgeschlossen werden, widerspricht dieser Zielsetzung diametral. Zu beachten ist weiter, dass dies in kleineren Kantonen oder bei kleinen Kassen zu Instabilität des Systems beitragen kann.	santésuisse
Die Änderung bezüglich Datentransfer zwischen den Versicherern bzw. dass der bisherige Datenaustausch über die zentrale Meldestelle teilweise wegfällt, scheint uns im Sinne eines optimierten Datenschutzes eine richtige Massnahme zu sein.	SRK
Bei Artikel 6a sprechen wir uns dagegen aus, dass bei den Kassenwechslern die Morbiditätsindikatoren nicht mitberücksichtigt werden sollen. Nach wie vor kommt es auf jeden Jahreswechsel hin zu einer grossen Zahl von Versichertenwechseln (bei steigenden Prämien dürfte sich diese Zahl gar noch erhöhen), so dass wir es rein aufgrund dieses Mengengerüsts als nicht angebracht erachten, hier eine generelle Ausnahme zu erlassen. Das Argument des einzusparenden administrativen Aufwands erachten wir als nicht stichhaltig. Zudem befürchten wir, dass mit den vorgeschlagenen Ausnahmen neue Anreize für eine Risikoselektion geschaffen werden könnten, was in Widerspruch zur eigentlichen Zielsetzung der Vorlage stehen würde.	sgv

Remarques relative à l'art. 10 al. 1

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Gemeinsame Einrichtung KVG anstatt gemeinsame Einrichtung.	Helsana, santésuisse

Remarques relative à l'art.10 al. 2bis

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Der Risikoausgleich, wie er in der Anpassung der VORA vorgeschlagen wird, weist analog zum heute gültigen Risikoausgleich das bedeutsame Manko auf, dass er auf sehr unvollständig abgerechneten Leistungsdaten beruht. Der Umstand, dass zum Zeitpunkt der Datenlieferung (Ende Februar des Folgejahres) noch mindestens 5 % der Leistungen gar nicht abgerechnet sind und somit nicht in den Ausgleich einfliessen, führt dazu,	curafutura

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
dass - unabhängig von den verwendeten Morbiditätskriterien - ein beachtlicher Teil der Risikounterschiede gar nicht ausgeglichen wird. Dieses Manko kann einfach behoben werden, indem die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs auf Basis der (nahezu) vollständigen Leistungen durchgeführt wird, wie sie statt nach 14 Monaten nach 26 Monaten vorliegen. Zusätzlich zur Datenlieferung, wie sie aktuell vorgesehen ist, müssten dazu lediglich die in den 12 Monaten seit der jeweils letzten Datenlieferung zusätzlich abgerechneten Leistungen des Vorvorjahres mitgeliefert werden. Um die Verzerrung des Risikoausgleichs wegen unvollständig abgerechneter Leistungen nicht mehr in Kauf nehmen zu müssen, ist die Vervollständigung der Datenbasis für die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs durch die Daten weiterer 12 Abrechnungsmonate vorzusehen:	
Vorschlag, Absatz bis zu streichen. Begründung: Es braucht keine weiterführenden Bestimmungen in der Verordnung. Die prozessualen Regeln über die Datenlieferung muss die Gemeinsame Einrichtung KVG zusammen mit den Versicherern so erarbeiten und über eine Weisung (Leitfaden) erlassen, so dass folgende Aspekte gewährleistet sind: - Den Versicherern stehen die voraussichtlich resultierenden prospektiven Ansätze des Risikoausgleichs für die Prämienkalkulation frühzeitig zur Verfügung. - Für die definitive Berechnung des Risikoausgleichs (Leistungen nach Behandlungsdatum) werden auch zusätzliche Abrechnungsmonate abgewartet, so dass nahezu 100 % der Leistungen des betreffenden Jahres berücksichtigt werden können (Skizze beiliegend).	Helsana

Remarques concernant aux dispositions transitoires

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
Nous déplorons en effet qu'il faille attendre 2017 pour que les modifications déploient pleinement leurs effets.	AVIVO
Das lnkrafttreten des revidierten Risikoausgleichs ist auf den 1. Januar 2017 geplant. Die neuen Bestimmungen sollen somit für die Risikoausgleiche der Jahre 2017 und später Gültigkeit haben. Die Versicherer müssten somit die Bruttokosten für Arzneimittel bereits ab dem 1. Januar 2015 in ihren Systemen erfassen. Unsere Abklärungen haben ergeben, dass hierfür bei mehreren Krankenversicherern auch Softwareanpassungen erforderlich sind. Diese müssten somit bis spätestens Ende 2014 realisiert sein. Eine möglichst baldige und umfassende Information der Krankenversicherer durch das BAG ist unseres Erachtens deshalb absolut unerlässlich.	GE KVG

2.4 Autres dispositions proposées

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
A la place de l'art. 6a: Une solution consisterait à considérer qu'un pourcentage des nouveaux assurés est automatiquement réparti dans les groupes "séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente" et "coûts de médicaments au cours de l'année précédente".·Ces deux pourcentages pourraient être calculés sur la base des observations de l'année précédente. Par voie de conséquence, l'échange de données n'aurait plus de raison d'être et il n'y aurait pas à supprimer les indicateurs pour les nouveaux assurés.	assura
Umfang der Datenlieferung: Um mit der neuen Verordnung gegenüber heute keinen Informationsverlust zu erleiden, sollten die Datenlieferungen in jedem Fall im vollen Detaillierungsgrad für alle Risikomerkmale erfolgen, also je Kanton 128 Gruppen (2 Geschlechter x 16 Altersgruppen x 2 Gruppen für stationäre Aufenthalte im Vorjahr x 2 Gruppen für Medikamentenkosten > 5000 Fr. im Vorjahr). Für die Risikoausgleichsberechnung können diese 128 Gruppen	curafutura

Observations, critiques, propositions, demandes	Auteur
dann nachträglich durch die Gemeinsame Einrichtung KVG aggregiert werden. Um Signifikanzen berechnen zu können, sollten analog zur Datenlieferung EF MC "Besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Nachweis Kostenunterschiede“ (Kreisschreiben 5.3) für alle Risikoausgleichsgruppen die Summe der Quadrate der Nettoleistungen aller Versicherten erhoben werden. Diese Information ändert nichts an der Höhe der Ein- und Auszahlungen in bzw. aus dem Risikoausgleich, würde aber mit minimalem Zusatzaufwand einen erheblichen Informationsgewinn ergeben, der für die Evaluation sowie für die zweite Etappe der Risikoausgleichsverfeinerung von grossem Nutzen wäre. Die Daten sind wie vorstehend beschrieben an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu liefern und von dieser - aggregiert über alle Versicherer - öffentlich zur Verfügung zu stellen.	
Artikel 2 Absatz 1bis (neu) 1bis Die Schwellenwerte werden vom BAG jeweils jährlich nach wissenschaftlichen Methoden so festgelegt, dass die Wirkung des Indikators möglichst gross ist.	Helsana
Artikel 2 Absatz 1ter (neu) 1ter Die Arzneimittelkosten werden vom Versicherer in Gruppen von 500 CHF-Schritten erhoben.	Helsana
Artikel 2 Absatz 2bis (neu) 2bis DRG-Sonderentgelte für Medikamente gelten als Arzneimittelkosten.	Helsana
Gemäss parlamentarischer Initiative Nr. 13.411 von Frau NR Margrit Kessler wurde klar festgestellt, dass das System des Tiers Garants zur gezielten Risikoselektion führen kann. Wir schlagen vor, dass bei den Parametern des Risikoausgleichs die Anwendung des Systems des Tiers Garant durch die Versicherer berücksichtigt wird. Alternativ ist für die Versicherer eine sehr kurze Rückerstattungsfrist gegenüber den Patienten gesetzlich zu verankern.	pharmaSuisse

Annexe 1 : Liste des destinataires de l'audition

Legislativkommissionen / Commissions législatives / Commissioni legislativi

Abk. **Abrév.** **Abbrev**.	**Adressaten / Destinataires / Destinatari**
SGK-N CSSS-N CSSS-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale
SGK-S CSSS-E CSSS-S	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati

Kantone und kantonale Konferenzen / Cantons et conférences cantonales / Cantoni e conferenze cantonali

Abk. **Abrév.** **Abbrev**.	**Adressaten / Destinataires / Destinatari**
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-Extérieur 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
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
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

JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'Etat du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
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 Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'Etat du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
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
KdK CdC CdC	Konferenz der Kantonsregierungen Conférence des gouvernements cantonaux Conferenza dei governi cantonali
FDK CDF	Konferenz der kantonalen Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle finanze

GDK CDS CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
SODK CDAS CDOS	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektore Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti representati nell'Assemblea federale

Abk. **Abrév.** **Abbrev**.	**Adressaten / Destinataires / Destinatari**
BDP PBD PBD	Bürgerlich-Demokratische Partei Parti bourgeois-démocratique Partito borghese democratico
CVP PDC PPD	Christlichdemokratische Volkspartei Parti démocrate-chrétien Partito popolare democratico
csp-ow	Christlich-soziale Partei Obwalden
	Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis
EVP PEV PEV	Evangelische Volkspartei der Schweiz Parti évangélique suisse Partito evangelico svizzero
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR.I Liberali Radicali
GPS PES PES	Grüne Partei der Schweiz Parti écologiste suisse Partito ecologista svizzero
glp pvl	Grünliberale Partei Parti vert'libéral
Lega	Lega dei Ticinesi
MCR	Mouvement Citoyens Romand
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union Démocratique du Centre Unione Democratica di Centro
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero

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

Abk. **Abrév.** **Abbrev**.	**Adressaten / Destinataires / Destinatari**
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des Communes Suisses Associazione dei Comuni Svizzeri
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses Unione delle città svizzere
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft und Konsumentenschutzorganisationen / Associations fraîtières de l'économie qui oeuvrent au niveau national et organisations de protection des consommateurs / Associazioni supreme nazionali dell'economia e organizzazioni per la protezione dei consumatori

Abk. **Abrév.** **Abbrev**.	**Adressaten / Destinataires / Destinatari**
ACSI	Associazione consumatrici della Svizzera italiana
economie- suisse	economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
FRC	Fédération romande des Consommateurs
KV Schweiz SEC Suisse SIC Svizzera	Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce Società svizzera degli impiegati di commercio
kf	Konsumentenforum
	Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori
SBV ASB ASB	Schweizerische Bankiervereinigung Association suisse des banquiers Associazione svizzera dei banchieri
SBV USP USC	Schweizerischer Bauernverband Union suisse des paysans Unione svizzera dei contadini
SGV USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband Union suisse des arts et métiers Unione svizzera delle arti e mestieri

SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund Union syndicale suisse Unione sindacale svizzera
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
	Travail.Suisse

Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations de la santé / Organizzazioni della sanità

a) Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni

Abk. Abrév.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
ASPS	ASPS Association Spitex privée Suisse
ASSGP	ASSGP Schweizerischer Fachverband für Selbstmedikation Association Suisse des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft Association Suisse des Chiropraticiens
CURAVIVA	CURAVIVA Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Association des homes et institutions sociales suisses
FMCH	FMCH Verband chirurgisch und invasiv tätiger Ärztinnen und Ärzte Schweiz Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive
FMH	FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses
FSAL	Vereinigung FSAL Vereinigung freier spezialisierter Ärztelieferanten
GSASA	Gesellschaft schweizerischer Amts- und Spitalapotheker GSASA Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux
GRIP	GRIP groupement romand de l'industrie pharmaceutique
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse
	Interessenverband für pharmazeutische, kosmetische und verwandte Produkte
	Intergenerika
IP	INTERPHARMA (IP)
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) Collège de médecine de premier recours
	pharm!action
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société Suisse de Pharmacie
PKS	Privatkliniken Schweiz PKS Cliniques privées suisses

PULSUS	PULSUS
SAGEM	SAGEMj Schweizerische Ärztegesellschaft für Erfahrungsmedizin
SBV ASMI	SBV Schweizerische Belegärzte-Vereinigung ASMI Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux
	Schweizer Apotheker für Erfahrungsmedizin
	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers
	Schweizerische Ärztegesellschaft für Akupunktur-Chinesische Medizin Société médicale suisse d'acupuncture-médecine chinoise
SAMM	Schweizerische Ärztegesellschaft für manuelle Medizin SAMM
	Schweizerische Alzheimervereinigung Association Alzheimer Suisse
SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin SGAM Société Suisse de Médecine Générale SSMG
	Schweizerische Gesellschaft für Balneologie und Bioklimatologie Société de médecine thermale et climatique
	scienceindustries
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP/SSP)
	Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen Société suisse de santé publique
SGPP SSPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP)
SMI	Schweizerische Medikamenten-Informationsstelle SMI
	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren Fédération suisse des directeurs d'hôpitaux
SVPC ASMP	Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärzte SVPC Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie ASMP
	Schweizerischer Offizinapothekerverein Société Suisse des Pharmaciens d'Officine
SPV ASP	Schweizerischer Psychotherapeuten-Verband SPV Association Suisse des Psychothérapeutes ASP
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz Croix Rouge Suisse
SSO SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO Société suisse des médecins-dentistes SSO
senesuisse	senesuisse Private Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz senesuisse Etablissements suisses médicalisés privés pour personnes âgées
SGIM	SGIM Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin SGIM Société Suisse de médecine Interne
	Spitex Verband Schweiz Association Suisse des services d'aide et de soins à domicile

SULM USML	SULM Schweizerische Union für Laboratoriumsmedizin USML Union Suisse de Médecine de Laboratoire
SVMTT ASMITT	SVMTT Gesundheit ASMTT Santé
Swiss Reha	Swiss Reha Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz
	Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen Union des sociétés de médecine complémentaire
VSAO ASMAC	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique
pharmalog.ch	pharmalog.ch
VLSS AMDHS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse (AMDHS)
	Vereinigung Anthroposophisch Orientierter Ärzte in der Schweiz Association suisse des médecins d'orientation anthroposophique
vips	vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz vips Association des Entreprises pharmaceutiques en Suisse
VPZ	VPZ Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

b) Versicherer / Assureurs / Assicuratori

Abk. Abrév.	**Adressaten / Destinataires / Destinatari**
ASK AAMS	Allianz Schweizer Krankenversicherer Alliance des assureurs maladie suisses
curafutura	curafutura Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants
GE KVG IC LAMal	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal
RVK	RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer
santésuisse	santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses
SVK	SVK Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie

c) Patientinnen, Benutzerinnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti

Abk. Abrév.	**Adressaten / Destinataires / Destinatari**
AGILE	AGILE Behindertenselbsthilfe Schweiz AGILE Entraide Suisse Handicap
	Aids-Hilfe Schweiz Aide Suisse contre le Sida

	ASSUAS Association Suisse des Assurés
AVIVO	AVIVO Suisse AVIVO Schweiz
	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
	Fédération fribourgeoise des retraites
	Forum Santé
	Integration Handicap
	Ombudsman der sozialen Krankenversicherung Médiateur de l'assurance-maladie sociale
	Patientenstelle Zürich
Procap	Procap Schweizerischer Invaliden-Verband Procap Association Suisse des Invalides
	Pro Mente Sana
Pro Senectute	Pro Senectute - Für das Alter Pro Senectute - Pour la Vieillesse
	Schweizerische Rentnervereinigung Fédération Suisse des retraités
SSR CSA	Schweizerischer Seniorenrat SSR Conseil suisse des aînés CSA
	Pro Infirmis
SPO OSP	SPO Patientenschutz OSP Organisation Suisse des patients
SVS ASA	SVS Schweizerischer Verband für Seniorenfragen ASA Association Suisse des Aînés
VASOS FARES	VASOS Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz FARES Fédération des Associations des retraités et de l'entraide en Suisse
GPS	Verein Graue Panther Schweiz GPS

d) Andere / Autres / Altri

Abk. Abrév.	**Adressaten / Destinataires / Destinatari**
ffg	ffg - forum für ganzheitsmedizin ffg - forum pour une médecine intégrale
	Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse
SGV SSMC	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte SGV Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances SSMC
SGSG	Schweizerische Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen SGSG
SGGP SSPS	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP Société suisse pour la politique de la santé SSPS
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO Conférence nationale suisse des ligues de la santé GELIKO
	vitaswiss

Diverse / Divers / Diversi

Abk. Abrév.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
	Alliance F
ASIP	ASIP Schweizerischer Pensionskassenverband ASIP Association suisse des Institutions de prévoyance
BFK BFC	Eidgenössisches Büro für Konsumentenfragen Bureau fédéral de la consommation
EKF CFQF	Eidgenössische Kommission für Frauenfragen Commission fédérale pour les questions féminine
éésp	Secrétariat GLAS Haute école de travail social et de la santé EESP
	Mouvement Populaire des Familles
	Pro Familia Schweiz Pro Familia Suisse
SAG ASE	SAG Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie ASE Association Suisse Economie de la Santé
SVSP ASPS	Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP) Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)
SKOS CSIAS	SKOS Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe CSIAS Conférence suisse des institutions d'action sociale
	Treuhand-Kammer Chambre fiduciaire
	Verein eCH
WEKO COMCO	Wettbewerbskommission Commission de la concurrence

Annexe 2 : Liste des participants à l'audition / abréviations / statistique

I. Destinataires officiels

No.	Abrév.	Nom
1	AG	Kanton Aargau
2	AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
3	AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
4	BE	Kanton Bern
5	BL	Kanton Basel-Landschaft
6	BS	Kanton Basel-Stadt
7	FR	Canton de Fribourg
8	GE	Canton de Genève
9	GL	Kanton Glarus
10	GR	Kanton Graubünden
11	JU	Canton du Jura
12	LU	Kanton Luzern
13	NE	Canton de Neuchâtel
14	NW	Kanton Nidwalden
15	OW	Kanton Obwalden
16	SG	Kanton St. Gallen
17	SH	Kanton Schaffhausen
18	SO	Kanton Solothurn
19	SZ	Kanton Schwyz
20	TG	Kanton Thurgau
21	TI	Cantone Ticino
22	UR	Kanton Uri
23	VD	Canton de Vaud
24	VS	Canton du Valais
25	ZG	Kanton Zug
26	ZH	Kanton Zürich
27	GDK/CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
28	AVIVO suisse	Association de défense et de détente des retraités
29	ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
30		curafutura
31	éésp	Haute école de travail social et de la santé EESP
32	FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
33	FRC	Fédération romande des consommateurs
34	GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG
35		Gesundheitsförderung Schweiz
36	H+	Die Spitäler der Schweiz
37		Integration Handicap
38	pharmalog	pharmalog.ch
39	pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband

No.	Abrév.	Nom
40	PS/SP	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
41	RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer
42	santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer
43	SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
44	SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
45	sgv	Schweizerischer Gewerbeverband
46	SSR	Schweizerischer Seniorenrat
47	VASOS	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz
48	vips	Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
49	VLSS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz
50	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und OberärztInnen und -ärzte
51	WEKO	Wettbewerbskommission

II. Autres organisations

No.	Abrév.	Nom
52		Ärztegesellschaft des Kantons Bern
53		assura
54		Centre Patronal
55		Graue Panther Bern
56		Groupe Mutuel
57	Helsana	Helsana-Gruppe
58		Krankenkasse Turbenthal
59	SP60+	SP60+

III. Statistique

	Nombre total de destinataires officiels	Nombre de prises de position de destinataires officiels	Nombre de prises de position d'autres organisations	Nombre total de prises de position
Prises de position écrites	156	51	8	59