



Bern, 6. März 2026

Totalrevision der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI)

Erläuternder Bericht zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens



Übersicht

Mit der Vorlage werden zum einen Gesetzesänderungen umgesetzt und zum anderen basierend auf der Wirkungsanalyse der pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) und einer Studie «Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich» Anpassungen am Risikoausgleich ab dem Ausgleichsjahr 2028 vorgeschlagen:

Infolge der einheitlichen Finanzierung der Leistungen (EFAS) verändert sich der prämienfinanzierte Teil der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Jahr 2028 im Vergleich zum Vorjahr stark. Deshalb soll in der vorliegenden Totalrevision der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI; SR 832.112.11) die Berechnung der Teuerung beim Risikoausgleich angepasst werden. Andernfalls würde der Risikoausgleich die Kostensituation vor EFAS ausgleichen, was zu sehr starken Verwerfungen führen würde. Mit Änderung vom 14. Juni 2024 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (BBl 2024 1455) wurden die im Ausland wohnhaften Versicherten in den Risikoausgleich einbezogen. Diese Gesetzesänderung wird hauptsächlich im Rahmen der Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1) (Link: [Abgeschlossene Vernehmlassungen](#)) umgesetzt. Aufgrund einer Kompetenzdelegation im Vorentwurf der VORA-Änderung ist das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ermächtigt, den Anteil der Leistungen, der von den im Ausland wohnhaften Versicherten in Anspruch genommen wird, zu bestimmen.

Im Jahr 2020 wurden im Risikoausgleich PCG eingeführt. Eine PCG umfasst die Arzneimittel, die für die Behandlung einer bestimmten, besonders kostenintensiven Erkrankung eingesetzt werden. Nach Durchführung einer Wirkungsanalyse der PCG (2024) und aufgrund der Studie «Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich» (2025) im Rahmen der Weiterentwicklung des Risikoausgleichs hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Anpassungen bezüglich des bisherigen PCG-Modells erarbeitet. Konkret wird vorgeschlagen, im neuen PCG-Modell sechs bestehende PCG zu entfernen, acht neue PCG aufzunehmen und sieben bestehende PCG anzupassen. Bei den neu aufgenommenen PCG handelt es sich teilweise um Spezifizierungen bereits bestehender Krankheitsbilder, mit dem Ziel, die Kostenhomogenität innerhalb der PCG zu verbessern. Entsprechend wurden die Hierarchisierungen unter den PCG überarbeitet und angepasst. Zudem hat das BAG basierend auf Empfehlungen der obgenannten Studie die Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen (DDD) oder die Mindestanzahl Arzneimittelpackungen, die versicherte Personen für die Einteilung in eine PCG benötigen, überarbeitet und für die neuen PCG festgelegt. Diese zahlreichen neuen rechtlichen Vorgaben müssen sowohl von den Versicherern wie von der gemeinsamen Einrichtung (GE KVG) in mindestens zwei Testläufen geprobt werden. Deshalb ist die Verabschiedung der PCG-Liste (Anhang der Verordnung) für die Berechnung des Ausgleichsjahres 2028 in der vorliegenden Revision essenziell.

Erläuternder Bericht

1 Ausgangslage

Am 14. Juni 2024 verabschiedeten die eidgenössischen Räte die Änderung des KVG (Datenaustausch, Risikoausgleich). Mit dieser Änderung wurden die Versicherten, die im Ausland wohnen, in den Risikoausgleich einbezogen, und jene, deren Versicherungspflicht sistiert ist, vom Risikoausgleich ausgenommen. Am 24. November 2024 hat die Stimmbevölkerung die Änderung des KVG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) angenommen. Beide Gesetzesänderungen erfordern Anpassungen bei der Berechnung des Risikoausgleichs, hauptsächlich in der VORA und aufgrund einer Delegation in der laufenden VORA-Revision in der VORA-EDI.

Im Ausgleichsjahr 2020 wurden im Risikoausgleich erstmals PCG berücksichtigt. Im Jahr 2024 analysierte eine externe Arbeitsgemeinschaft von zwei Instituten der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und von Mitarbeitenden der Universität Luzern im Auftrag des BAG erstmals die Wirkung der PCG im Risikoausgleich. Die Wirkungsanalyse hat einige Aspekte identifiziert, bei denen Anpassungsbedarf besteht. Der Bericht und die Stellungnahme des BAG sind abrufbar unter [Evaluationsberichte Kranken- und Unfallversicherung](#) (Abgeschlossene Studien > 2023-2024 Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen [PCG]). Basierend auf den Resultaten der Wirkungsanalyse und den aktuellen PCG-Modellen der Niederlande hat Polynomics im Jahr 2025 im Auftrag des BAG mögliche Änderungen am PCG-Modell zur Verbesserung des Risikoausgleichs geprüft. Bestehende PCG wurden bezüglich Anpassungsbedarf überprüft und neue PCG wurden entwickelt. Die Studie von Polynomics ist abrufbar unter [Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung](#) (2025 > Schlussbericht «Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich»). Das BAG hat daraufhin ein neues PCG-Modell entwickelt. Dieses entspricht im Wesentlichen dem Basismodell im Bericht von Polynomics, denn damit konnten alle Gütemasse verbessert und die totale Unter- und Überkompensation gesenkt werden. Ergänzend dazu wurden eigene Analysen durchgeführt und gezielte Anpassungen am vorgeschlagenen Modell vorgenommen. In diese Analysen und in das neue PCG-Modell sind bereits Vorschläge der Versicherer eingeflossen.

2 Inhalt der Vorlage

Vier von fünf Bestimmungen der geltenden VORA-EDI sind von Anpassungen betroffen und eine Bestimmung wird neu geschaffen, weshalb eine Totalrevision notwendig ist. Im vorliegenden Verfahren schlägt das EDI vor, wie im Risikoausgleich ab dem Jahr 2028 die Teuerung zu berechnen ist, wenn sich infolge der einheitlichen Finanzierung der prämienfinanzierte Teil der Kosten der OKP im Vergleich zum Vorjahr stark verändert (Art. 4 des Entwurfs). Zudem bestimmt das EDI aufgrund von Daten der Versicherer den Anteil der Leistungen, der von den im Ausland wohnhaften Versicherten in der Schweiz bezogen wird (Art. 5 des Entwurfs).

In Bezug auf die PCG-Liste wird vorgeschlagen, ab Ausgleichsjahr 2028 folgende sechs PCG zu entfernen: «Glaukom (GLA)», «Hohes Cholesterin (HCH)», «Psoriasis

(PSO)», «Schilddrüsenerkrankung (THY)», «Diabetes Typ-2 (DM2)» und «Wachstumsstörung (WAS)». Acht neue PCG werden zur Aufnahme vorgeschlagen: «Akromegalie (ACR)», «Hämophilie (HMP)», «Immunglobuline (IMM)», «Makuladegeneration (MAC)», «Herzkrankheiten Antiarrhythmika (CAA)», «Krebs Biologika (KRB)», «Zystische Fibrose zielgerichtete Therapie (ZFZ)» und «Psychose Depot (PSD)». Bei den neu aufgenommenen PCG handelt es sich teilweise nicht um neue Krankheitsbilder, sondern um eine Spezifizierung innerhalb der PCG, mit dem Ziel, die Kostenhomogenität innerhalb der Gruppe zu verbessern. Dies betrifft insbesondere folgende Fälle: Arzneimittel, die im neuen Modell der PCG «Krebs Biologika (KRB)» zugeordnet werden, wurden zuvor der PCG «Krebs Komplex (KRK)» zugeordnet. Ebenso werden Arzneimittel, die früher unter der PCG «Zystische Fibrose/Pankreasenzyme (ZFP)» geführt wurden, neu der PCG «Zystische Fibrose zielgerichtete Therapie (ZFZ)» zugeordnet. Auch galenische Depot-Formulierungen von Arzneimitteln, die bislang in der PCG «Psychose (PSY)» enthalten waren, sind neu in der spezifischen PCG «Psychose Depot (PSD)» aufgeführt. Bei den folgenden bisherigen PCG wurden Anpassungen an der Zuordnung von Wirkstoffen vorgenommen: «Herzkrankheiten (CAR)», «Hormonsensitive Tumore (KHO)», «Krebs (KRE)», «Multiple Sklerose (MSK)», «Transplantationen (TRA)», «Zystische Fibrose/Pankreasenzyme (ZFP)», «Krankheiten des zentralen Nervensystems ohne Multiple Sklerose (ZNS)». Zudem soll die bisherige Bezeichnung der PCG «Zystische Fibrose/Pankreasenzyme (ZFP)» in «Zystische Fibrose (ZFI)» umbenannt werden, weil die Bezeichnung Pankreasenzyme zu wenig spezifisch respektive nicht zweckmässig ist.

Aufgrund der Anpassungen der PCG wurden die Hierarchisierungsregeln (bisher Art. 3) sowie die Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen (DDD) oder Mindestanzahl Packungen von Arzneimitteln, die versicherte Personen für die Einteilung in eine PCG benötigen (bisher Art. 4), überarbeitet. In der Revision werden nun Anpassungen in neuen Artikeln vorgeschlagen. Nicht eigenständige und kombinierte PCG (bisher Art. 2) gibt es künftig nicht mehr. Ein Verzeichnis der PCG «neue Struktur» mit Angabe der DDD ist im Anhang des erläuternden Berichts abgebildet.

Für die detaillierten Begründungen der Streichungen, Neuaufnahmen sowie Anpassung der Schwellenwerte wird auf die publizierte Studie von Polynomics ([Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung](#) [2025 > Schlussbericht «Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich»]) verwiesen.

3 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln

Art. 1 PCG-Liste

Diese Bestimmung wird unverändert aus der bisherigen VORA-EDI übernommen.

Art. 2 Hierarchisierung der PCG

Seit Einführung der PCG im Jahr 2020 blieben die PCG und die Hierarchisierungen der PCG unverändert. Mit der vorgeschlagenen Anpassung der PCG ergeben sich Änderungen bei den Hierarchisierungen der PCG. Mit einer Hierarchisierung der PCG wird dem Problem begegnet, dass nicht alle Krankheiten klar voneinander abgegrenzt werden können und es sich nicht vermeiden lässt, dass die gleiche zu Grunde liegende Erkrankung in unterschiedlichen Gruppen erfasst wird. Erfüllt eine versicherte Person die Voraussetzungen für die Einteilung in zwei PCG, welche das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem beschreiben, wird sie nur in die PCG eingeteilt, die das schwerwiegendere gesundheitliche Problem beschreibt. Hat eine versicherte Person beispielsweise sowohl Arzneimittel gegen Rheuma als auch Arzneimittel gegen eine Autoimmunkrankheit bezogen, wird sie nur in die PCG «Autoimmunkrankheiten (AIK)» eingeteilt. In diesem Fall erhält der Versicherer nur den Zuschlag für die hierarchisch höchste PCG, auch wenn die versicherte Person auch die Voraussetzungen für die Einteilung in die hierarchisch tiefer gestellte PCG erfüllt. In der Analyse wurde auch geprüft, ob Versicherte, die gleichzeitig in zwei (oder mehrere) PCG eingeteilt sind, nur in eine PCG einzuteilen wären, damit es nicht zu einer Überkompensation dieser Versicherten kommt. Daraus resultieren folgende Anpassungen:

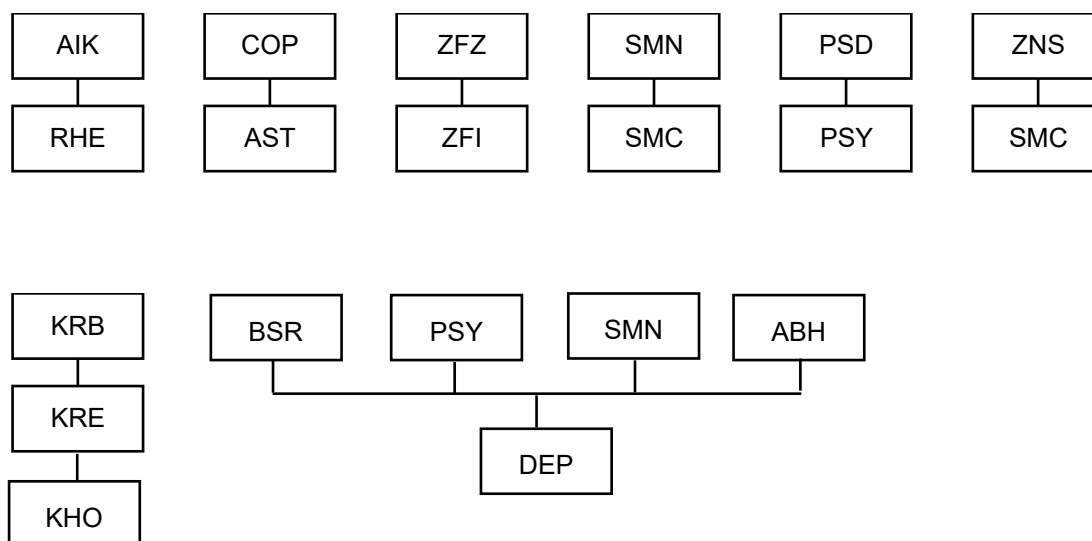


Abbildung 1: Neue Hierarchisierung

Buchstabe a: Die PCG «Psoriasis (PSO)» wird nicht mehr weitergeführt. Die PCG «Morbus Crohn / Colitis ulcerosa (MCR)» bleibt als eigenständige PCG weiter in der PCG-Liste. Abgesehen davon bleibt die bisherige Hierarchisierung unter Artikel 3 Buchstaben a bestehen, das heisst: die PCG «Autoimmunkrankheiten (AIK)» ist hierarchisch höher als die PCG «Rheuma (RHE)».

Buchstabe b: Neu wird die Hierarchisierung der PCG «Bipolare Störung regulär (BSR)», der PCG «Psychose (PSY)», der PCG «Neuropathischer Schmerz (SMN)» und der PCG «Sucht ohne Nikotin (ABH)» über die PCG «Depression (DEP)» festgelegt. Die ehemals unter Artikel 3 Buchstabe b beschriebene Hierarchisierung der PCG «Herzkrankheiten (CAR)» über die PCG «Hohes Cholesterin (HCH)» wird aufgelöst. Die PCG «Herzkrankheiten (CAR)» wird als alleinige PCG weitergeführt. Die PCG «Hohes Cholesterin (HCH)» wird gestrichen.

Buchstabe c: Unverändert bleibt die PCG «COPD / Schweres Asthma (COP)» hierarchisch höher als die PCG «Asthma (AST)».

Buchstabe d: Aus pharmazeutischer Sicht sind je nach Krebsentitäten unterschiedliche Arzneimittel oder Kombinationen davon indiziert. Um die bisherige PCG «Krebs (KRE)» und PCG «Krebs komplex (KRK)» kostenhomogener zu gestalten, wird neu unterschieden zwischen der PCG «Krebs Biologika (KRB)» mit Biologika, und der PCG «Krebs (KRE)», welche alle restlichen Wirkstoffe enthält, die im Zusammenhang mit (chronischen) Krebserkrankungen stehen können und keine Biologika sind, sowie der PCG «Hormonsensitive Tumore (KHO)». Buchstabe d definiert somit neu die Hierarchisierung der PCG «Krebs Biologika (KRB)» und der PCG «Krebs (KRE)» über der PCG «Hormonsensitive Tumore (KHO)». Die ehemals unter Artikel 3 Buchstabe e beschriebene Hierarchisierung der PCG «Diabetes Typ-2 (DM2)» und der PCG «Diabetes Typ-2 mit Bluthochdruck (DM2+hyp)» über der PCG «Hohes Cholesterin (HCH)» wird gestrichen, die PCG «Diabetes Typ-2 (DM2)» und die PCG «Diabetes Typ-2 mit Bluthochdruck (DM2+hyp)» nicht weitergeführt werden.

Buchstabe e: Neu wird die Hierarchisierung der neu eingeführten PCG «Krebs Biologika (KRB)» über der PCG «Krebs (KRE)» festgehalten. Die ehemals unter Artikel 3 Buchstabe f beschriebene Hierarchisierung der PCG «Krebs (KRE)» und der PCG «Krebs komplex (KRK)» über «Hormonsensitive Tumore (KHO)» wird aufgrund der neu eingeführten «Krebs Biologika (KRB)» unter Artikel 2 Buchstabe d neu formuliert.

Buchstabe f: Neu wird die Hierarchisierung der neu eingeführten PCG «Psychose Depot (PSD)» über die PCG «Psychose (PSY)» formuliert. Die ehemals unter Artikel 3 Buchstabe d beschriebene Hierarchisierung der PCG «Diabetes Typ-1 (DM1)» über die PCG «Diabetes Typ-2 (DM2)», die PCG «Hohes Cholesterin (HCH)» sowie die PCG «Diabetes Typ-2 mit Bluthochdruck (DM2+hyp)» wird gestrichen, da die PCG «Hohes Cholesterin (HCH)» sowie die PCG «Diabetes Typ-2 mit Bluthochdruck (DM2+hyp)» nicht und die PCG «Diabetes Typ-1 (DM1)» als eigenständige PCG weitergeführt werden.

Buchstabe g: Die Hierarchisierung der PCG «Neuropathischer Schmerz (SMN)» über der PCG «Chronische Schmerzen ohne Opiode (SMC)» bleibt bestehen. Bisher war sie unter Artikel 3 Buchstaben i geregelt.

Buchstabe h: Aufgrund der in den letzten Jahren neu zugelassenen Arzneimittel für die Zystische Fibrose, wurde die neue PCG «Zystische Fibrose zielgerichtete Therapie (ZFZ)» eingeführt, um eine bessere Kostenhomogenität zu bewirken. Es wird die Hierarchisierung der neuen PCG «Zystische Fibrose zielgerichtete Therapie (ZFZ)» über

die PCG «Zystische Fibrose (ZFI)» formuliert. Die bisher unter Artikel 3 Buchstabe h definierte Hierarchisierung der PCG «Multiple Sklerose (MSK)» über der PCG «Krankheiten des zentralen Nervensystems ohne Multiple Sklerose (ZNS)» wird gestrichen. Die PCG «Multiple Sklerose (MSK)» wird als eigenständige PCG weitergeführt.

Buchstabe i: Neu wird die PCG «Krankheiten des zentralen Nervensystems ohne Multiple Sklerose (ZNS)» über die PCG «Chronische Schmerzen ohne Opioide (SMC)» gestellt. Die ehemals unter Artikel 3 Buchstabe i festgehaltene Hierarchisierung der PCG «Neuropathischer Schmerz (SMN)» über der PCG «Chronische Schmerzen ohne Opioide (SMC)» ist neu unter Buchstabe g beschrieben.

Art. 3 Mindestanzahl Arzneimittelpackungen und standardisierte Tagesdosen von Arzneimitteln

Versicherte werden anhand von Schwellenwerten für standardisierte Tagesdosen (DDD) oder Arzneimittelpackungen in PCG eingeteilt. Um die bisher definierten Schwellenwerte zu prüfen, wurde in der Analyse von Polynomics das Vorgehen von van Drunen et al. (2021) herangezogen. Diese schlagen vor, die durchschnittliche Über- oder Unterkompensation von Versicherten mit 90–180 DDD mit jener von Versicherten mit über 180 DDD zu vergleichen. Polynomics hat dieses Vorgehen übernommen: Die Schwellenwerte (DDD: 90 vs. 180, Packungen: 1 vs. 3) wurden gesenkt, wenn die relative Differenz der durchschnittlichen Kompensationen höchstens zehn Prozent beträgt (ein pragmatisch gewählter Schwellenwert).

Buchstabe a: Der Bezug einer Arzneimittelpackung ist ausreichend, damit eine versicherte Person in die neu eingeführten PCG «Hämophilie (HMP)» und «Immunglobuline (IMM)» eingeteilt wird.

Buchstabe b: Unverändert mindestens drei Arzneimittelpackungen benötigen Versicherte für die Einteilung in die PCG «Krebs (KRE)». Auch für die Einteilung in die neu eingeführten PCG «Krebs Biologika (KRB)», «Makuladegeneration (MAC)», «Psychose Depot (PSD)» und «Zystische Fibrose zielgerichtete Therapie (ZFZ)» soll der Bezug von drei Arzneimittelpackungen ausreichend sein. Neu wird ausserdem der Schwellenwert zur Einteilung in die bisherige PCG «Zystische Fibrose (ZFI)» anhand von drei Arzneimittelpackungen und nicht wie bisher anhand von 180 DDD definiert.

Buchstabe c: Aufgrund des oben aufgeführten Vorgehens zur Anpassung der Schwellenwerte für die Anzahl standardisierten Tagesdosen (DDD) wurde die Anzahl DDD von ursprünglich 180 auf 90 DDD für folgende PCG gesenkt, um in die entsprechende PCG eingeteilt zu werden: «Alzheimer (ALZ)», «Bipolare Störung regulär (BSR)», «Hormonsensitive Tumore (KHO)», «Rheuma (RHE)» und «Transplantationen (TRA)».

Buchstabe d: Für die PCG, welche nicht unter Buchstabe a, b oder c fallen, bleibt die Anzahl benötigter DDD für eine Einteilung in die entsprechende PCG unverändert bei 180.

Art. 4 Teuerungsfaktoren

Der Risikoausgleich eines Ausgleichsjahres (Kalenderjahr, für das der Risikoausgleich erfolgt) basiert auf den Kosten des Vorjahres. Um das Kostenniveau des Ausgleichsjahres zu erreichen, wird ein Teuerungsfaktor angewendet (Art. 13 Abs. 1 Bst. d VORA). Das EDI hat in Artikel 5 VORA-EDI die Berechnung des Teuerungsfaktors festgelegt. Nach dem geltenden Recht wird für jeden Kanton ein einziger Teuerungsfaktor ermittelt. Er muss ohne Strukturveränderungen (Veränderung der Morbidität des kantonalen Versichertenbestands) ermittelt werden, denn die Strukturveränderung wird aufgrund der Berechnungsmethodik des Risikoausgleichs bereits berücksichtigt. Der Teuerungsfaktor resultiert somit aus der Division der Gesamtteuerung durch die Strukturteuerung.

Im Jahr 2028 wird sich der prämienfinanzierte Teil der OKP-Kosten im Vergleich zum Vorjahr stark verändern, weil der ab 2028 anzuwendende Prozentsatz für den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 nKVG auf der Situation in den Jahren 2016-2019 basiert. Für die Berechnung des Risikoausgleichs des Ausgleichsjahrs 2028 müssen Artikel 13 VORA und – im vorliegenden Verfahren – Artikel 5 (neu Artikel 4) angepasst werden. Dabei ist die Kostenentwicklung in den Risikogruppen zu berücksichtigen (vgl. Art. 13 Abs. 2 VORA).

Die Teuerung im Risikoausgleich soll aber auch nach 2028 mit der vorgeschlagenen Berechnung ermittelt werden. Dies hat zwei Gründe: Einerseits wurde in der oben genannten Wirkungsanalyse vorgeschlagen, die allgemeine Teuerung detaillierter zu berechnen. Und andererseits sind Anpassungen an den Finanzierungsanteilen der Kantone weiterhin möglich. Mit der vorgeschlagenen Berechnung können Änderungen von Artikel 5 (neu Artikel 4) aus diesem Grund vermieden werden (wie beispielsweise die Änderung vom 2. März 2026, die infolge der Erhöhung des kantonalen Anteils des Kantons Zug notwendig wurde).

Absatz 1: Der Teuerungsfaktor sollte so detailliert wie notwendig ausgestaltet werden, um die Veränderung der Kosten vom «alten» Jahr (Vorjahr des Ausgleichsjahres) auf das «neue» Jahr (Ausgleichsjahr) so gut wie möglich abzubilden. Es wird vorgeschlagen, für jeden Kanton, statt wie bisher einen Teuerungsfaktor zu ermitteln, neu in aggregierten Risikogruppen je einen Teuerungsfaktor zu ermitteln. Die aggregierten Risikogruppen werden nach Absatz 2 gebildet.

In Absatz 2 ist die Bildung der aggregierten Risikogruppen festgehalten. In den Buchstaben a bis e sind fünf aggregierte Risikogruppen definiert. Sie unterscheiden sich nach Altersgruppe und Vorliegen oder Nichtvorliegen des Indikators Aufenthalt. In jeder Gruppe sind beide Geschlechter vertreten. Es sollen somit neu für jeden Kanton fünf beziehungsweise über alle Kantone hinweg 130 Teuerungsfaktoren ermittelt werden.

Absatz 3: Der Teuerungsfaktor einer aggregierten Risikogruppe resultiert aus der Division der durchschnittlichen Nettoleistungen im Ausgleichsjahr durch die durchschnittlichen Nettoleistungen im Vorjahr. Da eine aggregierte Risikogruppe als homogen angesehen wird, muss neu keine Strukturveränderung mehr herausgerechnet werden.

Absatz 4: Wie bisher sollen die durchschnittlichen Nettoleistungen über alle Versicherer hinweg berechnet werden, und zwar für jede aggregierte Risikogruppe nach Absatz 2 separat (und nicht über alle Risikogruppen hinweg).

Art. 5 Anteil der in der Schweiz in Anspruch genommenen Leistungen

Mit der Änderung vom 14. Juni 2024 des KVG (Datenaustausch, Risikoausgleich) hat der Gesetzgeber die im Ausland wohnhaften Versicherten in den Risikoausgleich einbezogen. Der Bundesrat setzt die Änderungen im Risikoausgleich in der VORA um. Das Vernehmlassungsverfahren zur Änderung der VORA wurde vom 3. September 2025 bis 3. Dezember 2025 durchgeführt (Link: [Abgeschlossene Vernehmlassungen](#)). Ein Grossteil der im Ausland wohnhaften Versicherten hat ein Behandlungswahlrecht, das heisst sie können sich in ihrem Wohnland wie auch in der Schweiz zulasten der OKP behandeln lassen. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bei den im Ausland wohnhaften Versicherten nur der Anteil an den gesamten Leistungen des Versichertenbestands des betreffenden Wohnsitzstaats zu berücksichtigen ist, den dieser Versichertenbestand in der Schweiz in Anspruch genommen hat. Für mehrere kleine Versichertenbestände in Wohnsitzstaaten kann der Anteil gemeinsam bestimmt werden (vgl. Art. 17 Abs. 5 nKVG). Auf dieser Grundlage delegiert der Bundesrat in Artikel 18e VE-VORA die Bestimmung des Anteils der in der Schweiz in Anspruch genommenen Leistungen an das EDI. Das EDI soll den Anteil für die in Deutschland wohnhaften Versicherten und für die in Frankreich wohnhaften Versicherten separat bestimmen, während dem für die vergleichsweise kleinen Versichertenbestände in den übrigen Wohnsitzstaaten der Anteil gemeinsam bestimmt werden soll. Dazu soll das EDI Daten verwenden, die der Versicherer dem BAG periodisch liefert, jeweils gegliedert nach den in Deutschland wohnhaften Versicherten, den in Frankreich wohnhaften Versicherten und den in allen übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten.

Das BAG hat von den Versicherern die entsprechenden Daten erhoben, diese nach den in Deutschland wohnhaften Versicherten, den in Frankreich wohnhaften Versicherten und den in allen übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten gegliedert und ausgewertet. Auf dieser Basis hat es die Anteile der in der Schweiz in Anspruch genommenen Leistungen, im Vergleich zu den gesamten Leistungen des Versichertenbestands des betreffenden Wohnsitzstaats, berechnet. Die untenstehenden Tabellen enthalten die Daten der Versicherer und die Berechnungen des BAG im Detail.

Das EDI schlägt auf Basis der von den Versicherern erhaltenen Daten und den Berechnungen des BAG vor:

- einen Anteil von 40 % für die in Deutschland wohnhaften Versicherten;
- einen Anteil von 75 % für die in Frankreich wohnhaften Versicherten;
- einen Anteil von 65 % für die in den übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten.

Für die in Deutschland wohnhaften Versicherten: 40 Prozent

Behand- lungsjahr	Bestand DE	Nettoleistungen CH (in TCHF)	Nettoleistungen DE (in TCHF)	Nettoleistungen Total (in TCHF)	Anteil CH	Anteil DE
2018	36'290	38'410	61'395	99'805	38%	62%
2019	37'986	33'255	61'614	94'869	35%	65%
2020	38'908	33'795	63'723	97'518	35%	65%
2021	39'656	39'509	69'133	108'642	36%	64%
2022	41'844	43'714	67'255	110'969	39%	61%
2023	44'939	51'738	72'066	123'803	42%	58%
					38%	-> 40%

Für die in Frankreich wohnhaften Versicherten: 75 Prozent

Behand- lungsjahr	Bestand FR	Nettoleistungen CH (in TCHF)	Nettoleistungen FR (in TCHF)	Nettoleistungen Total (in TCHF)	Anteil CH	Anteil FR
2018	43'060	75'763	22'080	97'843	77%	23%
2019	51'911	74'364	26'420	100'784	74%	26%
2020	58'601	81'373	29'343	110'716	73%	27%
2021	67'634	95'751	39'250	135'001	71%	29%
2022	81'626	114'610	44'085	158'695	72%	28%
2023	100'756	139'614	51'357	190'972	73%	27%
					73%	->75%

Für die in den übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten: 65 Prozent

Behand- lungsjahr	Bestand übrige L.	Nettoleistungen CH (in TCHF)	Nettoleistungen übrige L. (in TCHF)	Nettoleistungen Total (in TCHF)	Anteil CH	Anteil übrige L.
2018	6'069	11'448	5'469	16'917	68%	32%
2019	11'696	13'951	7'890	21'841	64%	36%
2020	12'564	13'091	7'837	20'927	63%	37%
2021	13'183	17'101	8'824	25'924	66%	34%
2022	14'177	18'098	8'370	26'467	68%	32%
2023	19'582	24'774	10'216	34'990	71%	29%
					67%	->65%

In vier bis fünf Jahren ist geplant, diese Anteile aufgrund der neuesten vorhandenen Daten zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen (vgl. auch Art. 18e Abs. 2 VE-VORA).

Art. 6 Aufhebung eines anderen Erlasses

Es handelt sich vorliegend um eine Totalrevision. Die bisherige Verordnung ist daher aufzuheben.

Art. 7 Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

Der Risikoausgleich des Ausgleichsjahres 2027 wird im April/Mai 2028 berechnet. Dabei soll noch das bisherige Recht angewendet werden. Deshalb wird in der Übergangsbestimmung festgehalten, dass die Berechnung des Risikoausgleichs des Ausgleichsjahres 2027 nach dem bisherigen Recht erfolgt.

Art. 8 Inkrafttreten

Die neue VORA-EDI soll am 1. Januar 2028, gleichzeitig wie die Änderung der VORA (Link: [Abgeschlossene Vernehmlassungen](#)) in Kraft treten.

Anhang PCG-Liste (neue Struktur)

Im Jahr 2024 wurde eine Wirkungsanalyse zum Einbezug der PCG im Risikoausgleich veröffentlicht, die u. a. Verbesserungspotenzial im PCG-Modell aufzeigt. Die Niederlande setzen seit über 20 Jahren PCG in ihrem Risikoausgleich ein. Die Wirkungsanalyse empfiehlt unter anderem eine Verfeinerung der PCG zur besseren Identifikation von Versicherten mit hohen und tiefen Kosten innerhalb einer PCG. Der Bericht und die Stellungnahme des BAG sind abrufbar unter [Evaluationsberichte Kranken- und Unfallversicherung](#) (Abgeschlossene Studien > 2023-2024 Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen [PCG]). Basierend auf den Resultaten der Wirkungsanalyse und den aktuellen PCG-Modellen der Niederlande hat Polynomics mögliche Änderungen am PCG-Modell zur Verbesserung des Risikoausgleichs geprüft. Zuerst hat Polynomics das bestehende PCG-Modell aus medizinisch-pharmazeutischer Sicht geprüft. Dabei wurden Änderungsvorschläge an der bestehenden PCG-Liste erarbeitet. Diese beinhalteten Anpassungen an den berücksichtigten Wirkstoffen, die Aufteilung bestehender PCG in zwei PCG, die Einführung neuer PCG sowie die Entfernung bestehender PCG. Danach prüfte Polynomics die vorgeschlagenen Änderungen in einer empirischen Analyse mit anonymisierten Individualdaten. Inwiefern eine Änderung vorgeschlagen wurde, hing sowohl von der medizinisch-pharmazeutischen als auch von der gesundheitsökonomischen Beurteilung ab. Das BAG wünschte, dass die Anpassungen nach Möglichkeit im Rahmen der bestehenden VORA umsetzbar seien. Die Studie von Polynomics ist abrufbar unter [Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung](#) (2025 > Schlussbericht «Überprüfung PCG-Modell im Risikoausgleich»). Das BAG hat daraufhin ein neues PCG-Modell entwickelt, welches im Wesentlichen auf dem Basismodell im Bericht von Polynomics basiert. Ergänzend dazu wurden eigene Analysen durchgeführt und gezielte Anpassungen am vorgeschlagenen Modell vorgenommen. In der vorliegenden Totalrevision wird vorgeschlagen, in der PCG-Liste ab Ausgleichsjahr 2028 die PCG «Glaukom (GLA)», «Hohes Cholesterin (HCH)», «Psoriasis (PSO)», «Schilddrüsenerkrankungen (THY)», «Diabetes Typ-2 (DM2)» und «Wachstumsstörung (WAS)» zu entfernen. Zur Aufnahme werden vorgeschlagen: die PCG «Akromegalie (ACR)», «Immunglobuline (IMM)», «Makuladegeneration (MAC)», «Herzkrankheiten Antiarrhythmika (CAA)» und «Hämophilie (HMP)». Bei den PCG «Krebs Biologika (KRB)», «Psychose Depot (PSD)» und «Zystische Fibrose

zielgerichtete Therapie (ZfZ)» handelt es sich um neue PCG-Bezeichnungen, jedoch nicht um effektiv neue Krankheitsbilder. Vielmehr wurde eine Spezifikation/Unterteilung der bisherigen PCG beziehungsweise Arzneimittel vorgenommen, um mehr Kostenhomogenität zu erreichen. Eine Übersicht der Anpassungen ist in einem Verzeichnis im Anhang des erläuternden Berichts abgebildet.

Der Risikoausgleich des Ausgleichsjahres 2028 wird im April/Mai 2029 berechnet. In diesem Risikoausgleich werden erstmals die im Ausland wohnhaften Versicherten berücksichtigt. Die Teuerung wird nach Artikel 4 der neuen VORA-EDI berechnet. Zudem kommt die PCG-Liste 2028 mit der neuen PCG-Struktur und den Arzneimitteln der Spezialitätenliste (SL) Stand 1. Dezember 2028 zur Anwendung. Zur Budgetierung des Risikoausgleichs 2028 und Festlegung der Prämien 2028 strebt das BAG in Zusammenarbeit mit der GE KVG vor der Erstberechnung mehrere Probeläufe an. So können die Auswirkungen auf die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge besser berechnet werden. Einerseits wird mit Probeläufen die Datengrundlage für die Schätzungen der Versicherer verbessert und andererseits kann die Datenlieferung der Versicherer beziehungsweise die Anwendung der neu programmierten Software Risikoausgleich (SORA) durch die GE KVG getestet werden. Es ist daher zentral, dass mit der geplanten Totalrevision im Frühjahr 2027 eine PCG-Liste nach dem neuen PCG-Modell verabschiedet wird.

4 Auswirkungen

4.1 Auswirkungen auf den Bund und Kantone

Die Einführung und Umsetzung des neuen PCG-Modells führt beim BAG bis zur Erstberechnung des Ausgleichsjahrs 2028 (im Jahr 2029) zu einem einmaligen Mehraufwand. Insbesondere die parallele Führung von zwei PCG-Listen für die offizielle Berechnung (geltendes PCG-Modell) beziehungsweise für die Probeläufe (neues PCG-Modell) ist aufwändig. Er kann mit den bestehenden Ressourcen bewältigt werden. Darüber hinaus sind keine finanziellen oder personellen Auswirkungen auf den Bund und Kantone zu erwarten.

4.2 Auswirkungen auf Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete

Es sind keine spezifischen Auswirkungen auf Gemeinden, urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete zu erwarten.

4.3 Auswirkungen auf die Versicherer und die GE KVG

Die Versicherer müssen ihre Schätzungen für den Risikoausgleich anpassen. Die GE KVG muss die neue Berechnung in der SORA implementieren und Probeläufe organisieren, weshalb bei der GE KVG ebenfalls einmalig höhere Verwaltungskosten anfallen. Diese werden von den Versicherern gemeinsam getragen.

4.4 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Es sind keine spezifischen Auswirkungen auf die Volkswirtschaft zu erwarten.

5 Rechtliche Aspekte

5.1 Erlassform

Die Form des in Kraft stehenden Erlasses wird beibehalten.

5.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die Änderungen von Artikel 2 und des Anhangs stützen sich auf Artikel 4 VORA, die Änderung von Artikel 3 stützt sich auf Artikel 5 VORA, die Änderung von Artikel 4 stützt sich auf Artikel 13 VE-VORA. Die vorgeschlagene Regelung von Artikel 5 stützt sich auf Artikel 18e Absatz 1 VE-VORA.

5.3 Datenschutz

Der Vollzug von Artikel 3 des Entwurfs (Mindestanzahl Arzneimittelpackungen und standardisierte Tagesdosen von Arzneimitteln) erfordert – wie schon nach dem geltenden Recht – die Bearbeitung von Personendaten. Nach Artikel 26 VORA ist die gemeinsame Einrichtung bei der Verwendung der Daten dafür verantwortlich, dass die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Der Datenschutz wird sichergestellt.

Für die Ermittlung von Teuerungsfaktoren werden in jedem Kanton fünf aggregierte Risikogruppen gebildet (vgl. Art. 4 des Entwurfs). Aufgrund der Grösse dieser Risikogruppen werden Rückschlüsse auf einzelne Versicherte nicht möglich sein.

Anhänge

Verzeichnis der PCG «neue Struktur»

PCG Kurzname	PCG Name	Anzahl DDD	Bemerkung
ACR	Akromegalie	3	Neue PCG
CAA	Herzkrankheiten Antiarrhythmika	180	Neue PCG
HMP	Hämophilie	1	Neue PCG
IMM	Immunglobuline	1	Neue PCG
KRB	Krebs Biologika	3	Neue PCG
MAC	Makuladegeneration	3	Neue PCG
PSD	Psychose Depot	3	Neue PCG
ZFZ	Zystische Fibrose zielgerichtete Therapie	3	Neue PCG
ABH	Sucht ohne Nikotin	180	Unverändert
ADH	ADHS	180	Unverändert
AIK	Autoimmunkrankheiten	180	Unverändert
ALZ	Alzheimer	90	Anpassung DDD
AST	Asthma	180	Unverändert
BSR	Bipolare Störung regulär	90	Anpassung DDD
CAR	Herzkrankheiten	180	Unverändert
COP	COPD / Schweres Asthma	180	Unverändert
DEP	Depression	180	Unverändert
DM1	Diabetes Typ-I	180	Unverändert
EPI	Epilepsie	18	Unverändert
HIV	HIV / AIDS	180	Unverändert
KHO	Hormonsensitive Tumore	90	Anpassung DDD
KRE	Krebs	3	Unverändert
MCR	Morbus Crohn / Colitis ulcerosa	180	Unverändert
MSK	Multiple Sklerose	180	Unverändert
NIE	Nierenerkrankung	180	Unverändert
PAH	Pulmonale (arterielle) Hypertonie	180	Unverändert
PAR	Morbus Parkinson	180	Unverändert
PSY	Psychose	180	Unverändert
RHE	Rheuma	90	Anpassung DDD
SMC	Chronische Schmerzen ohne Opioide	180	Unverändert
SMN	Neuropathischer Schmerz	180	Unverändert
TRA	Transplantationen	90	Anpassung DDD
ZFI	Zystische Fibrose	180	Änderung Bezeichnung (Name)
ZNS	Krankheiten des zentralen Nervensystems ohne Multiple Sklerose	180	Unverändert

Streichungen

PCG Kurzname	PCG Name	Anzahl DDD	Bemerkung
<i>DM2</i>	<i>Diabetes Typ-II</i>		<i>Streichung</i>
<i>GLA</i>	<i>Glaukom</i>		<i>Streichung</i>
<i>HCH</i>	<i>Hohes Cholesterin</i>		<i>Streichung</i>
<i>HYP</i>	<i>Hypertonie</i>		<i>Streichung</i>
			<i>(keine eigenständige PCG)</i>
<i>PSO</i>	<i>Psoriasis</i>		<i>Streichung</i>
<i>THY</i>	<i>Schilddrüsenerkrankungen</i>		<i>Streichung</i>
<i>WAS</i>	<i>Wachstumsstörung</i>		<i>Streichung</i>