

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

santésuisse  
Römerstrasse 20  
Postfach 1561  
CH-4502 Solothurn  
Tel. +41 32 625 41 41  
Fax +41 32 625 41 51  
mail@santesuisse.ch  
[www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch)



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:  
Axel Reichlmeier  
Direktwahl: +41 32 625 4252  
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Solothurn, 20. April 2020

Sehr geehrte Herr Strupler  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) Stellung nehmen zu können.

santésuisse begrüsst die geplante Anpassung der VORA, insbesondere die vorgesehenen Änderungen in Art. 20 der Verordnung. Damit erhalten die Versicherer genauere Daten zu einem früheren Zeitpunkt (bereits Ende Mai). Die zusätzlich von der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE KVG) zurückgemeldeten Daten an die Versicherer sind zudem für die korrekte Prämienkalkulation und die Berechnung der Rabatte bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl für die Versicherer hilfreich und notwendig.

Die durch die frühere Lieferung der Daten an die GE KVG gewonnene Zeit ermöglicht den Versicherern, die Informationen aus dem Risikoausgleich bei der Berechnung der Prämien, die sie der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung einreichen, zu berücksichtigen. Die Verkürzung der Frist auf den 31. März hat zur Folge, dass auch die Revisionsstellen ihren Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten der GE KVG bis zum 31. März einreichen müssen.

Mehrfachversicherungen sind grundsätzlich ein Problem, das gelöst werden muss. Es ist zu begrüßen, wenn die Daten, die im Rahmen des Risikoausgleichs an die GE KVG geliefert werden, zur Lösung des Problems verwendet werden können. Es ist aber nicht möglich, dieses Problem

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

über den Risikoausgleich aus der Welt zu schaffen. Bereits heute sind viele Mehrfachversicherte bekannt und die Verhandlungen mit den anderen Versicherern finden statt. Diese Verhandlungen sind sehr komplex und nehmen Zeit in Anspruch. Es ist weder möglich noch sinnvoll, die Abklärungen via VORA beschleunigen zu wollen. Eine neue Eingabe ist in der verfügbaren Frist nicht zu bewältigen.

Was mit der vorliegenden Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung allerdings noch nicht geregelt ist, ist der Umgang mit sogenannten Phantomen. Unter Phantomen sind versicherte Personen zu verstehen, die nicht mehr kontaktiert werden können (beispielsweise Wegzug nach Unbekannt). Es müsste eine Lösung gefunden werden, wie verhindert werden kann, dass diese Personen ebenfalls in die Berechnung des Risikoausgleichs einfließen.

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln:

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	I		
	Die Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung wird wie folgt geändert:		
<p><b>Art. 4 Abs. 1<sup>ter</sup></b></p> <p><sup>1ter</sup> Eine nicht eigenständige PCG umfasst Arzneimittel, die bestimmte Wirkstoffe enthalten, die für die Behandlung eines Krankheitsbildes eingesetzt werden, das für sich allein nicht besonders kostenintensiv ist, das aber in Kombination mit einem bestimmten nicht verwandten besonders kostenintensiven Krankheitsbild dazu führen kann, dass dieses Krankheitsbild noch kostenintensiver oder jenes Krankheitsbild besonders kostenintensiv wird. Die nicht eigenständige PCG bildet zusammen mit der PCG für das</p>	<p><b>Art. 4 Abs. 1<sup>ter</sup></b></p> <p><sup>1ter</sup> Eine nicht eigenständige PCG umfasst Arzneimittel, die bestimmte Wirkstoffe enthalten, die für die Behandlung einer Erkrankung eingesetzt werden, die für sich allein nicht besonders kostenintensiv ist. Diese Erkrankung kann aber in Kombination mit einem bestimmten anderen besonders kostenintensiven Krankheitsbild zu zusätzlichen Leistungen für die betroffenen Versicherten und zusätzlichen Kosten für die Versicherer führen. Die nicht eigenständige PCG bildet zusammen mit der PCG für das andere</p>	<p><b>Art. 4 Abs. 1<sup>ter</sup></b></p> <p><sup>1ter</sup> Eine nicht eigenständige PCG umfasst Arzneimittel, die bestimmte Wirkstoffe enthalten, die für die Behandlung einer Erkrankung eingesetzt werden, die für sich allein nicht besonders kostenintensiv ist. Diese Erkrankung kann aber in Kombination mit einem bestimmten anderen besonders kostenintensiven Krankheitsbild <u>mit chronischem Verlauf</u> zu zusätzlichen Leistungen für die betroffenen Versicherten und zusätzlichen Kosten für die Versicherer <u>im Folgejahr</u> führen. Die</p>	<p>Einverstanden mit der vereinfachten Definition. Bei dieser Gelegenheit sollte aber geklärt werden, dass massgebend ist, ob eine Krankheit chronifizierend ist. Eine PCG soll nur gebildet werden, wenn im Folgejahr mit erhöhten Kosten zu rechnen ist. Eine entsprechende Präzisierung „<u>mit chronischem Verlauf</u>“ wäre auch in Abs. 1<sup>bis</sup> sinnvoll.</p>

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

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
nicht verwandte besonders kostenintensive Krankheitsbild eine kombinierte PCG.	besonders kostenintensive Krankheitsbild eine kombinierte PCG.	nicht eigenständige PCG bildet zusammen mit der PCG für das andere besonders kostenintensive Krankheitsbild eine kombinierte PCG.	
<p><b>Art. 5 Abs. 2 Einleitungssatz und 5</b></p> <p><sup>2</sup> Eine versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen für die Einteilung in eine PCG, wenn sie im Vorjahr eine bestimmte Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen von Arzneimitteln bezogen hat:</p>	<p><b>Art. 5 Abs. 2 Einleitungssatz und 5</b></p> <p><sup>2</sup> Eine versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen für die Einteilung in eine PCG, wenn sie im Vorjahr eine bestimmte Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen beziehungsweise eine bestimmte Mindestanzahl Packungen von Arzneimitteln bezogen hat:</p>	<p><sup>2</sup> Keine Änderung.</p> <p><sup>2bis</sup> Ist die Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen bei einer grossen Anzahl Medikamente, die zur Bildung einer PCG notwendig sind, nicht zu ermitteln, so kann die Eingruppierung in diese PCG ausnahmsweise auf einer Mindestanzahl bezogener Packungen basieren.</p>	<p>Die Formulierung „beziehungsweise eine bestimmte Mindestanzahl Packungen“ ist zu wenig klar. Die standardisierten Tagesdosen haben den klaren Vorteil, dass damit verschiedene Medikamente vergleichbar sind, die damit auch additiv berücksichtigt werden können. Es mag sein, dass aufgrund des Trends zur personalisierten Medizin und individuellen Anwendung standardisierte Tagesdosen bei bestimmten PCGs, beispielsweise bei Onkologika, keine geeignete Bemessungsgrundlage darstellen. Der Verordnungstext müsste jedoch präziser erfassen, unter welchen Bedingungen vom Grundsatz der standardisierten Tagesdosis abgewichen werden soll und ob das für alle Wirkstoffe einer PCG gelten soll. In den Erläuterungen ist dieser Umstand nicht klar ersichtlich.</p> <p>Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass die PCG dazu dienen, Risiken von chronischkranken Patienten auszugleichen. Massgebend sind nicht die Kosten für die einmalige Abgabe eines Medikaments, sondern die erwarteten Kosten im Folgejahr.</p>

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

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<sup>5</sup> Das EDI legt die Mindestanzahl der standardisierten Tagesdosen nach Absatz 2 fest.	<sup>5</sup> Das EDI legt die Mindestanzahl der standardisierten Tagesdosen beziehungsweise der Arzneimittelpackungen nach Absatz 2 fest.	<sup>5</sup> Das EDI legt die Mindestanzahl der standardisierten Tagesdosen beziehungsweise der Arzneimittelpackungen nach den Absätzen 2 <u>und 2<sup>bis</sup></u> fest.	
<p><b>Art. 6 Abs. 3 und 4</b></p> <p><sup>3</sup> Die Versicherer müssen die Daten bis zum 30. April liefern.</p> <p><sup>4</sup> Für die Datenlieferung zu berücksichtigen sind die bis zwei Monate vor Ablauf der Frist nach Absatz 3 abgerechneten Leistungen und erfassten Änderungen des Versichertenbestandes, die das für die Datenerhebung massgebliche Kalenderjahr betreffen.</p>	<p><b>Art. 6 Abs. 3 und 4</b></p> <p><sup>3</sup> Die Versicherer müssen die Daten bis zum 31. März liefern.</p> <p><sup>4</sup> Für die Datenlieferung zu berücksichtigen sind die bis einen Monat vor Ablauf der Frist nach Absatz 3 abgerechneten Leistungen und erfassten Änderungen des Versichertenbestandes, die das für die Datenerhebung massgebliche Kalenderjahr betreffen.</p>		<p>Die durch die frühere Lieferung der Daten an die GE KVG gewonnene Zeit ermöglicht den Versicherern, die Informationen aus dem Risikoausgleich bei der Berechnung der Prämien, die sie der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung einreichen, zu berücksichtigen (vgl. Kommentar zu Art. 20).</p> <p>Die Mehrheit unserer Mitglieder erachtet die Vorverlegung der Lieferfrist als machbar. Wir weisen aber darauf hin, dass die Frist sehr kurz ist, beispielsweise, wenn die Osterfeiertage in den März fallen, zumal auch die Revisionsstellen ihren Bericht zur Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten bis zu diesem Zeitpunkt abliefern müssen. Aus dieser Optik wäre es möglicherweise sinnvoll, den 10. April als Liefertermin festzulegen. Es ist unbedingt zu vermeiden, dass die Qualität der Datenlieferung unter dem engen Terminplan leidet.</p>
<p><b>Art. 8 Abs. 1</b></p> <p><sup>1</sup> Die Revisionsstellen der Versicherer reichen der gemeinsamen Einrichtung bis zum 30. April einen Bericht über</p>	<p><b>Art. 8 Abs. 1</b></p> <p><sup>1</sup> Die Revisionsstellen der Versicherer reichen der gemeinsamen Einrichtung bis zum 31. März einen Bericht über</p>		<p>Die Verkürzung der Frist auf den 31. März hat zur Folge, dass auch die Revisionsstellen ihren Bericht über die</p>

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

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Artikel 6 gelieferten Daten ein.	die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Artikel 6 gelieferten Daten ein.		Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten der GE KVG bis zum 31. März einreichen müssten.
	<p><b>Art. 10 Abs. 3</b></p> <p><sup>3</sup> Stellt sie aufgrund der Daten fest, dass Personen während einer Dauer von 18 oder mehr Monaten versichert sind (Doppelt- und Mehrfachversicherte), meldet sie den betroffenen Versicherern die pseudonymisierte Versichertennummer der AHV und den Namen des anderen Versicherers oder der anderen Versicherer. Die Versicherer sprechen sich ab und regeln die Fälle.</p>	<p><b>Art. 10 Abs. 3</b></p> <p><sup>3</sup> Stellt sie aufgrund der Daten fest, dass Personen während einer Dauer von 18 oder mehr Monaten versichert sind (Doppelt- und Mehrfachversicherte), meldet sie den betroffenen Versicherern die pseudonymisierte Versichertennummer der AHV und den Namen des anderen Versicherers oder der anderen Versicherer. <del>Die Versicherer sprechen sich ab und regeln die Fälle.</del></p>	<p>Sofern es lediglich darum geht, dass die Versicherer Informationen über ihre Mehrfachversicherten erhalten, sehen wir kein Problem und begrüssen es, dass die Daten, die bei der GE KVG zusammengeführt werden, dazu genutzt werden, die Probleme zu lösen. Möglicherweise würde dazu der ergänzte Art. 26 Abs. 2 dieser Verordnung ausreichen.</p> <p>Gerne weisen Sie auch darauf hin, dass auch die SASIS AG seit einiger Zeit potentielle Doppelversicherungen an die betroffenen Versicherer ausliefert. Aufgrund der Daten (Karten und/oder Deckungen) kann die SASIS AG potentielle Doppelversicherungen identifizieren und erkennen, ob eine Person bei zwei oder mehreren Kassen eine Grundversicherung hat. Diese Informationen werden den Versicherern monatlich zugesendet. So können mögliche Doppelversicherungen sofort festgestellt und bearbeitet werden.</p> <p>Es bleibt aber unklar, was mit dem Satz «Die Versicherer sprechen sich ab und regeln die Fälle» beabsichtigt wird. Nicht jeder Fall ist so einfach regelbar. Ebenfalls ist unklar, innerhalb</p>

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

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			<p>welcher Frist die Fälle zu regeln sind. Werden allenfalls sogar bereinigte Datenlieferungen für den Risikoausgleich erwartet? Eine neue Eingabe ist in der verfügbaren Frist nicht zu bewältigen. Es ist unmöglich, dass die Versicherer die möglicherweise sehr komplexen Fälle innert Tagen klären und die Datenlieferung korrigieren können. Aus diesen Gründen darf sich aus Art. 10 Abs. 3 VORA auf keinen Fall eine Verpflichtung (die Fälle zu regeln) ableiten lassen. Der Satz ist deshalb zu streichen.</p> <p>Mehrfachversicherungen sind ein Problem, das gelöst werden muss. Je schneller eine Doppelversicherung erkannt und erledigt wird, umso geringer ist der Aufwand für alle Beteiligten. Und selbstverständlich hat dies einen verfälschenden Einfluss auf den Risikoausgleich. Es ist aber nicht möglich, dieses Problem über den Risikoausgleich aus der Welt zu schaffen.</p>
<p><b>Art. 18a Abs. 4</b></p> <p><sup>4</sup> Die gemeinsame Einrichtung berechnet die Entlastung und die Anteile der Versicherer.</p>	<p><b>Art. 18a Abs. 4</b></p> <p><sup>4</sup> Die gemeinsame Einrichtung berechnet für jeden Versicherer den Saldo aus der Entlastung und seinen Anteil an deren Finanzierung (Belastung).</p>		Keine Bemerkung.
<p><b>Art. 20</b></p> <p>Die gemeinsame Einrichtung stellt jedem Versicherer bis zum 30. Juni in</p>	<p><b>Art. 20</b></p> <p>Die gemeinsame Einrichtung stellt jedem Versicherer bis zum 31. Mai in</p>	<p><b>Art. 20</b></p> <p>Die gemeinsame Einrichtung stellt jedem Versicherer bis zum 31. Mai <u>des</u></p>	santésuisse begrüsst die Änderungen:

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

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Bezug auf den Risikoausgleich des Vorjahres zur Verfügung:</p> <p>a. die ihn betreffende Saldoabrechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge;</p> <p>b. folgende Daten zu seinem Versicherertenbestand pro Kanton und Risikogruppe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Höhe der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrages,</li> <li>2. die Anzahl Versicherte,</li> <li>3. die Anzahl Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim, die zum Versicherer gewechselt haben,</li> <li>4. die Anzahl Versicherte pro PCG,</li> <li>5. die Anzahl Versicherte pro PCG, die zum Versicherer gewechselt haben,</li> <li>6. die Summe aller Zuschläge für PCG;</li> </ol> <p>c. die Entlastung pro Kanton insgesamt und pro junge erwachsene Person in diesem Kanton;</p> <p>d. die Belastung pro Kanton insgesamt und pro versicherte Person, die 26 Jahre und älter ist, in diesem Kanton.</p>	<p>Bezug auf den Risikoausgleich des Vorjahres zur Verfügung:</p> <p>a. die ihn betreffende Saldoabrechnung pro Kanton und Risikogruppe mit folgenden Daten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Versicherungsmonate,</li> <li>2. die Summe der Zuschläge für die ermittelten PCG,</li> <li>3. die Risikoabgabe beziehungsweise der Ausgleichsbeitrag pro Versicherungsmonat,</li> <li>4. die Summe der Risikoabgaben beziehungsweise der Ausgleichsbeiträge,</li> <li>5. die Entlastung für die jungen Erwachsenen beziehungsweise die Belastung der Versicherten ab 26 Jahren, pro Versicherungsmonat,</li> <li>6. die Summe der Entlastungen für die jungen Erwachsenen beziehungsweise der Belastungen der Versicherten ab 26 Jahren,</li> <li>7. das Gesamttotal der Summen von Ziffer 2, 4 und 6;</li> </ol> <p>b. zu den bei ihm im Ausgleichsjahr versicherten Personen folgende Daten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die ermittelten PCG im Vorjahr,</li> <li>2. das Vorliegen eines Aufenthalts im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr,</li> <li>3. das Vorliegen eines Versichererwechsels im Vorjahr.</li> </ol>	<p><u>Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt,</u> in Bezug auf den Risikoausgleich des <u>Vorjahres</u> zur Verfügung:</p> <p>a. die ihn betreffende Saldoabrechnung pro Kanton und Risikogruppe mit folgenden Daten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Versicherungsmonate,</li> <li>2. die Summe der Zuschläge für die ermittelten PCG,</li> <li>3. die Risikoabgabe beziehungsweise der Ausgleichsbeitrag pro Versicherungsmonat,</li> <li>4. die Summe der Risikoabgaben beziehungsweise der Ausgleichsbeiträge,</li> <li>5. die Entlastung für die jungen Erwachsenen beziehungsweise die Belastung der Versicherten ab 26 Jahren, pro Versicherungsmonat,</li> <li>6. die Summe der Entlastungen für die jungen Erwachsenen beziehungsweise der Belastungen der Versicherten ab 26 Jahren,</li> <li>7. das Gesamttotal der Summen von Ziffer 2, 4 und 6;</li> </ol> <p>b. zu den bei ihm im Ausgleichsjahr versicherten Personen folgende Daten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die ermittelten PCG im Vorjahr,</li> <li>2. das Vorliegen eines Aufenthalts im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr,</li> <li>3. das Vorliegen eines Versichererwechsels im Vorjahr.</li> </ol> <p><u>c. die über alle Versicherer aggregierte Statistik pro Kanton, Risikogruppe, dem Vorliegen eines Versichererwechsels im Vorjahr mit folgenden Daten:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die frühere Datenlieferung der GE KVG an die Versicherer ermöglicht es, die Daten für die Festlegung der Prämien des Folgejahres zu berücksichtigen.</li> <li>• Die zusätzlich von der GE KVG zurückgemeldeten Daten an die Versicherer sind für die korrekte Prämienkalkulation und die Berechnung der Rabatte bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl notwendig.</li> </ul> <p>Wir regen an, darauf zu verzichten, innerhalb desselben Artikels den Begriff „Vorjahr“ für unterschiedliche Jahre zu verwenden (einmal für das Ausgleichsjahr und einmal für das Jahr, das dem Ausgleichsjahr vorangeht). Das kann falsch interpretiert werden. Eine mögliche Lösung wäre, im Einleitungstext andere Bezeichnungen zu wählen.</p> <p>Bis jetzt hat die GE KVG eine Statistik über alle Krankenversicherer («aggregierte Daten») auf ihrer Webseite veröffentlicht. In den Probeläufen hat sie dies mit Verweis auf den Datenschutz nicht mehr getan. Das Argument ist insofern richtig, als es gerade in kleinen Kantonen gewisse Kombinationen von Daten (z.B. Alter und PCG) zu Versicherten selten oder sogar nur vereinzelt geben wird. Die durch diese Versicherten verursachten Kosten im Internet zu veröffentlichen ist heikel.</p>

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

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag <i>santésuisse</i>	Bemerkungen
		<p><u>1. die Summe der Versicherungsmonate, für alle Versicherten, pro PCG sowie für die Versicherten ohne PCG,</u></p> <p><u>2. die Summe der Bruttoleistungen, für alle Versicherten, pro PCG sowie für die Versicherten ohne PCG,</u></p> <p><u>3. die Summe der Kostenbeteiligung, für alle Versicherten, pro PCG sowie für die Versicherten ohne PCG.</u></p>	<p>Wir würden es aber begrüßen, wenn diese Statistik den Versicherern weiterhin zur Verfügung stehen würde. Es würde es ihnen ermöglichen, gewisse statistische Auswertungen durchführen zu können, die beispielsweise für die Prognose der Kosten von Wechseln verwendet werden können. Auch können dadurch möglicherweise allfällige Unstimmigkeiten entdeckt werden, die entstehen können, wenn ein einzelner Versicherer fehlerhafte Daten geliefert hat. Solche Fehler sind in der Vergangenheit bedauerlicherweise mehrmals vorgekommen.</p>
<p><b>Art. 26 Abs. 2</b></p> <p><sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung darf die bei den Versicherern erhobenen Daten nur für die Durchführung des Risikoausgleichs, die Erstellung der Statistik und die Kontrolle der Daten verwenden.</p>	<p><b>Art. 26 Abs. 2</b></p> <p><sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung darf die bei den Versicherern erhobenen Daten nur für die Durchführung des Risikoausgleichs, die Erstellung der Statistik und die Kontrolle der Daten verwenden. Stellt sie Doppelt- oder Mehrfachversicherte nach Artikel 10 Absatz 3 fest, gibt sie den betroffenen Versicherern die pseudonymisierte AHV-Versichertennummer und den Namen des anderen Versicherers oder der anderen Versicherer bekannt.</p>		<p>Siehe Anmerkungen zu Art. 10 Abs. 3.</p>
	<p><b>II</b></p>		
	<p><b>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</b></p>		<p>Keine Bemerkung.</p>



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

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	Für die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahr 2021 für den Risikoausgleich 2020 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2020 gilt das neue Recht.		
	III		
	Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.		Keine Bemerkung.

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen.

Freundliche Grüsse

**santésuisse**  
Direktion



Verena Nold  
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann  
Leiter Abteilung Grundlagen