

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)

832.112.1

vom 19. Oktober 2016 (Stand am 1. Januar 2020)

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf die Artikel 16 Absatz 4, 17 Absatz 3 sowie 17a Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994¹ über die Krankenversicherung (KVG),
verordnet:

1. Abschnitt: Indikatoren der Morbidität

Art. 1 Indikatoren

Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch folgende Indikatoren der Morbidität abgebildet:

- a. Alter;
- b. Geschlecht;
- c. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim;
- d. pharmazeutische Kostengruppen (PCG).

Art. 2 Indikator Alter

Für die Zuteilung der Versicherten zu einer Altersgruppe ist das Geburtsjahr der Versicherten massgebend. Es gibt folgende Altersgruppen:

- a. Versicherte von 19–25 Jahren;
- b. Versicherte von 26–90 Jahren, eingeteilt in Gruppen von je fünf Jahren;
- c. Versicherte ab 91 Jahren.

Art. 3 Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

¹ Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr aufweist, der mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte gedauert hat.

² Für die Bestimmung des Aufenthalts im Vorjahr nach Absatz 1 werden Aufenthalte im Vorjahr in einem der folgenden Spitäler oder Pflegeheime berücksichtigt, sofern für den Aufenthalt Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht wurden:

AS 2016 4059

¹ SR 832.10

- a. ein auf der Liste nach Artikel 39 KVG aufgeführtes Spital oder Pflegeheim;
- b. ein Spital, das einen Vertrag nach Artikel 49a Absatz 4 KVG abgeschlossen hat.

³ Nicht berücksichtigt werden Aufenthalte wegen Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe b KVG.

⁴ Für die Zuteilung auf die Kalenderjahre ist der Zeitraum des Aufenthalts massgebend. Dauert der Aufenthalt über den Jahreswechsel hinaus an, so gilt:

- a. Die Nacht vom 31. Dezember auf den 1. Januar wird dem Eintrittsjahr zugerechnet.
- b. Ein Aufenthalt mit einer Dauer von drei bis fünf Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in dem die Mehrzahl der Übernachtungen angefallen ist; bei je zwei Nächten wird der Aufenthalt dem Eintrittsjahr zugerechnet.
- c. Bei einem Aufenthalt mit einer Dauer von mehr als fünf Nächten wird die Aufenthaltsdauer bis Ende des Kalenderjahres angerechnet. Die Fortdauer des Aufenthalts im neuen Kalenderjahr wird diesem zugerechnet.

Art. 4 PCG-Liste

¹ Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erlässt eine Liste der PCG.²

^{1bis} Eine PCG umfasst die Arzneimittel, die bestimmte Wirkstoffe enthalten, die für die Behandlung eines bestimmten besonders kostenintensiven Krankheitsbildes eingesetzt werden.³

^{1ter} 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 nicht verwandte besonders kostenintensive Krankheitsbild eine kombinierte PCG.⁴

² In der PCG-Liste werden zu jeder PCG die Arzneimittel aufgeführt, die die Wirkstoffe enthalten, die dieser PCG zugeordnet sind. Zu jedem dieser Arzneimittel wird die weltweit geltende Handelsnummer (Global Trade Item Number, GTIN-Code) und die Anzahl der standardisierten Tagesdosen pro Darreichungsform und pro Packung angegeben.

² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

³ Ein Wirkstoff kann nur einer einzigen PCG zugeordnet werden. Enthält ein Arzneimittel mehrere Wirkstoffe, so wird der Hauptwirkstoff der PCG zugeordnet.⁵

⁴ Das EDI kann Hierarchisierungen unter den PCG vorsehen, wenn mehrere PCG das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem betreffen.

⁵ Die Eidgenössische Arzneimittelkommission berät das EDI bei der Zuordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln zu einer PCG und bei der Festlegung der standardisierten Tagesdosen, wenn Arzneimittel neu oder für eine zusätzliche Indikation in die Spezialitätenliste aufgenommen werden.

Art. 5 Indikator PCG

¹ Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person aufgrund ihres Arzneimittelbezugs im Vorjahr die Voraussetzungen für die Einteilung in eine PCG erfüllt.

² 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:

- a. die auf der PCG-Liste dieser PCG zugeordnet sind;
- b. die im Zeitpunkt der Abgabe auf der Spezialitätenliste waren;
- c. deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden; und
- d. die nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind.

³ Massgebend ist die PCG-Liste, die im Zeitpunkt der Berechnung des Risikoausgleichs in Kraft ist.

⁴ Für die Zuteilung der abgegebenen Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe massgebend.

⁵ Das EDI legt die Mindestanzahl der standardisierten Tagesdosen nach Absatz 2 fest.

2. Abschnitt: Datenlieferung und Kontrolle der Daten

Art. 6 Datenlieferung

¹ Für die Gruppierung der Daten und die Berechnung des Risikoausgleichs muss der Versicherer der gemeinsamen Einrichtung nach deren Weisungen pro versicherte Person und für jede Deckungsperiode auf eigene Kosten folgende Daten liefern:

- a. Wohnkanton;
- b. Versichertennummer der AHV nach Artikel 83 KVG in pseudonymisierter Form;

⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

- c. Geburtsjahr;
- d. Geschlecht;
- e. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim;
- f. GTIN-Code und Anzahl Packungen pro Arzneimittel der Spezialitätenliste;
- g. Anzahl Monate, während deren die Person bei ihm versichert ist;
- h. Bruttoleistungen;
- i. Kostenbeteiligungen.

² Er gliedert die Daten in zwei Datensätze. Der erste Datensatz enthält die Daten für das Jahr vor der Datenlieferung, der zweite diejenigen für das vorletzte Jahr vor der Datenlieferung.

³ Die Versicherer müssen die Daten bis zum 30. April liefern.

⁴ 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.

Art. 7 Daten nicht mehr aktiver Versicherer

¹ Versicherer, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach den Artikeln 2 und 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014⁶ (KVAG) übertragen wurden, müssen keine Daten für den Risikoausgleich liefern. An ihrer Stelle müssen die übernehmenden Versicherer die Daten für den Risikoausgleich liefern.

² Für Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung entzogen wurde, deren Vermögen und Versichertenbestand aber nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach den Artikeln 2 und 3 KVAG übertragen wurde, müssen die für die Liquidation des Versicherers zuständigen Dritten die Daten für den Risikoausgleich liefern.

Art. 8 Kontrolle der Daten

¹ Die Revisionsstellen der Versicherer reichen der gemeinsamen Einrichtung bis zum 30. April einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Artikel 6 gelieferten Daten ein.

² Die gemeinsame Einrichtung überprüft mit den von ihr für diese Aufgabe bezeichneten Revisionsstellen die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten mittels Stichproben.

³ Die Versicherer tragen die bei ihnen durch die Stichproben anfallenden Kosten selber.

⁴ Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kann Weisungen über die durch die Revisionsstellen vorzunehmenden Prüfungen erlassen.

⁶ SR 832.12

3. Abschnitt: Berechnung des Risikoausgleichs

Art. 9 Versichertenbestände

¹ Für die Festlegung der Versichertenbestände eines Versicherers ist die Versicherungsdauer seiner Versicherten in Monaten massgebend.

² Bei der Festlegung der Versichertenstände nicht berücksichtigt werden:

- a. im Ausland wohnhafte Personen, die auf vertraglicher Basis nach den Artikeln 7a und 132 Absatz 3 der Verordnung vom 27. Juni 1995⁷ über die Krankenversicherung (KVV) versichert sind;
- b. Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e KVV;
- c. Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltbewilligung, die sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen;
- d. Versicherte nach den Artikeln 4 und 5 KVV, sofern bei ihnen nicht eine Prämie für Versicherte mit Wohnort in der Schweiz erhoben wird;
- e. Versicherte, die gestützt auf das Übereinkommen vom 30. November 1979⁸ über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer der schweizerischen Krankenversicherung unterstellt sind;
- f. Versicherte, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres unter 19 Jahre alt sind.

Art. 10 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten

¹ Die gemeinsame Einrichtung führt die Datensätze der Versicherer zusammen. Sie sorgt dafür, dass auch bei Versicherten, die den Versicherer gewechselt haben, die Daten zu den Indikatoren der Morbidität aus dem Vorjahr vollständig in die Berechnung einfließen.

² Sie verbindet die Daten pro versicherte Person zu Kanton, Alter und Geschlecht, zu den Nettoleistungen und zu den Versicherungsmonaten mit den Daten zu den weiteren Indikatoren der Morbidität aus dem Vorjahr.

Art. 11 Einteilung der Versicherten in Risikogruppen

Die gemeinsame Einrichtung teilt die Versicherten pro Kanton nach Alter und Geschlecht und je nach Vorliegen oder Nichtvorliegen eines erhöhten Krankheitsrisikos aufgrund des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim in Risikogruppen ein.

⁷ SR 832.102

⁸ SR 0.831.107

Art. 12 Einteilung der Versicherten in PCG

¹ Die gemeinsame Einrichtung teilt aufgrund der Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln die Versicherten in die entsprechenden PCG ein, wenn sie die Voraussetzungen nach Artikel 5 Absatz 2 erfüllen.

² Sie teilt Versicherte in eine kombinierte PCG ein, wenn sie in beide PCG, aus denen die kombinierte PCG gebildet ist, eingeteilt sind.⁹

Art. 13 Berechnung der Gruppendurchschnitte

¹ Im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, werden die durchschnittlichen Nettoleistungen der einzelnen Risikogruppen über alle Versicherte hinweg für das Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet und mit einem Teuerungsfaktor multipliziert (Gruppendurchschnitt). Für die Berechnung sind massgebend:

- a. die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Einteilung der Versicherten in Risikogruppen;
- b. die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr;
- c. die Nettoleistungen der einzelnen Versicherten in den einzelnen Risikogruppen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr;
- d. der Teuerungsfaktor.

² Das EDI legt die Berechnung des Teuerungsfaktors unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in den Risikogruppen fest.

Art. 14 Berechnung der erwarteten Gesamtnettoleistungen und des Gesamtdurchschnitts

¹ Im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, werden die erwarteten Gesamtnettoleistungen der einzelnen Risikogruppen für das Ausgleichsjahr berechnet. Für die Berechnung sind massgebend:

- a. die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Einteilung der Versicherten in Risikogruppen;
- b. die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im Ausgleichsjahr;
- c. die nach Artikel 13 berechneten Gruppendurchschnitte im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

² Aus den erwarteten Gesamtnettoleistungen der einzelnen Risikogruppen nach Absatz 1 werden pro versicherte Person im Kanton für das Ausgleichsjahr die erwarteten durchschnittlichen Nettoleistungen aller Versicherten über alle Risikogruppen hinweg berechnet (Gesamtdurchschnitt).

⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

Art. 15 Zuschläge für PCG

¹ Die Versicherer erhalten für ihre Versicherten mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators PCG Zuschläge für PCG. Für nicht eigenständige PCG erhalten sie keinen Zuschlag.¹⁰

² Ist eine versicherte Person in mehrere PCG eingeteilt, unter denen es eine Hierarchisierung gibt, so erhält der Versicherer den Zuschlag nur für die hierarchisch höchste PCG.

³ Ist eine versicherte Person in mehrere PCG eingeteilt, unter denen es keine Hierarchisierung gibt, so erhält der Versicherer den Zuschlag für alle PCG, in die die versicherte Person eingeteilt ist.

⁴ Ist eine versicherte Person in eine kombinierte PCG eingeteilt, so erhält der Versicherer den Zuschlag nur für die kombinierte PCG, nicht aber für die einzelnen PCG, aus denen die kombinierte PCG gebildet ist.¹¹

Art. 16 Festlegung der Zuschläge für PCG

¹ Im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, werden die Zuschläge für PCG mit einem Regressionsverfahren festgelegt. Das Verfahren minimiert die Summe der quadrierten Residualkosten der einzelnen Versicherten. Die Residualkosten einer versicherten Person entsprechen der Differenz ihrer Nettoleistungen zum Gruppendurchschnitt ihrer Risikogruppe nach Artikel 13 unter Berücksichtigung der Abweichungen vom Gruppendurchschnitt, die aufgrund ihrer Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln zu erwarten sind.

² Für die Festlegung der Zuschläge sind massgebend:

- a. die Arzneimittel, die im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr abgegeben wurden, zur Einteilung der Versicherten in PCG;
- b. die Versichertenbestände und die Nettoleistungen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

³ Die Zuschläge für PCG werden in der Berechnung nur berücksichtigt, wenn ihre Werte positiv sind.

Art. 17 Finanzierung der Zuschläge für PCG

Die Zuschläge für PCG werden durch eine Anpassung der Abgabe- und Beitragssätze für Risikogruppen finanziert. Die einzelnen Beträge werden für jede Risikogruppe separat berechnet. Massgebend sind für jede Risikogruppe die Zahl der Versicherten, für die Zuschläge für PCG ausgerichtet werden, sowie die Höhe dieser Zuschläge.

¹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

¹¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

Art. 18 Abgabe- und Beitragssätze für Risikogruppen

¹ Der nach Artikel 17 für die Risikogruppe berechnete Betrag wird durch die Anzahl der Versicherten in der Risikogruppe geteilt und von dem nach Artikel 13 ermittelten Gruppendurchschnitt abgezogen (modifizierter Gruppendurchschnitt).

² Die Versicherer bezahlen für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der modifizierte Gruppendurchschnitt unter dem Gesamtdurchschnitt nach Artikel 14 liegt, einen Abgabesatz, welcher der Differenz zwischen dem modifizierten Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

³ Sie erhalten für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der modifizierte Gruppendurchschnitt über dem Gesamtdurchschnitt nach Artikel 14 liegt, einen Beitragssatz, welcher der Differenz zwischen dem modifizierten Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

Art. 18a¹² Berechnung der Entlastung für junge Erwachsene

¹ Die Entlastung nach Artikel 16a KVG beträgt pro Kanton 50 Prozent der Differenz zwischen der Summe der Risikoabgaben aller Versicherer für die jungen Erwachsenen und der Summe der Ausgleichsbeiträge und Zuschläge für PCG aller Versicherer für die jungen Erwachsenen.

² Sie wird unter den Versicherern proportional zur Anzahl der jungen Erwachsenen, die bei ihnen im betreffenden Kanton versichert sind, aufgeteilt. Massgebend sind die Versichertenbestände der Versicherer nach Artikel 9 im Ausgleichsjahr.

³ Die Versicherer tragen die Entlastung proportional zur Anzahl der bei ihnen im betreffenden Kanton Versicherten, die am 31. Dezember 26 Jahre und älter sind. Massgebend sind die Versichertenbestände der Versicherer nach Artikel 9 im Ausgleichsjahr.

⁴ Die gemeinsame Einrichtung berechnet die Entlastung und die Anteile der Versicherer.

4. Abschnitt: Risikoausgleichszahlungen**Art. 19**

¹ Für den Risikoausgleich jedes Ausgleichsjahres leistet beziehungsweise erhält jeder Versicherer:

- a. eine Akontozahlung, die der Hälfte der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrags entspricht, die er für den Risikoausgleich des vorletzten Kalenderjahres vor dem Ausgleichsjahr geleistet beziehungsweise erhalten hat;

¹² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

b.¹³ eine Schlusszahlung aufgrund der Berechnung nach den Artikeln 9–18a, abzüglich der bereits geleisteten Akontozahlung.

² Die Akontozahlung ist zu leisten:

- a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung: bis zum 15. Februar des Ausgleichsjahres;
- b. für Ausgleichsbeiträge, die den Versicherern von der gemeinsamen Einrichtung bezahlt werden: bis zum 15. März des Ausgleichsjahres.

³ Die Schlusszahlung ist zu leisten:

- a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung: bis zum 15. August des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt;
- b. für Ausgleichsbeiträge, die den Versicherern von der gemeinsamen Einrichtung bezahlt werden: bis zum 15. September des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt.

⁴ Die gemeinsame Einrichtung muss die Ausgleichsbeiträge an die Versicherer auch dann bezahlen, wenn nicht alle Versicherer ihre Risikoabgaben bezahlt haben. Stehen am Stichtag noch Zahlungen der Versicherer aus, so kann die gemeinsame Einrichtung die Auszahlungen aufgrund der eingegangenen Risikoabgaben proportional kürzen. Sie muss die ausstehenden Ausgleichsbeiträge nach dem Eingang der verspäteten Risikoabgaben entrichten und um die Einnahmen aus den Verzugszinsen nach Absatz 7 erhöhen.

⁵ Nicht zulässig sind:

- a. die Verrechnung von Forderungen und Schulden von Versicherern aus dem Risikoausgleich unterschiedlicher Jahre sowie aus Akonto- und Schlusszahlungen;
- b. die Verrechnung von Forderungen und Schulden unterschiedlicher Versicherer, mit Ausnahme der Verrechnung von Forderungen und Schulden unterschiedlicher Versicherer bei deren späterer Fusion.

⁶ Die im Rahmen der Akontozahlung gegenüber der Berechnung nach den Artikeln 9–18a zu viel oder zu wenig bezahlten Beträge sind zu verzinsen. Die Verzinsung erfolgt jeweils bezogen auf die Ein- und Auszahlungstermine für die Akontozahlung und die Schlusszahlung sowie unter Berücksichtigung der effektiv erhaltenen oder bezahlten Beiträge. Der Zins entspricht der Rendite der Bundesobligationen, soweit diese positiv ist. Die gemeinsame Einrichtung vergütet und fordert die Zinsen bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt.¹⁴

⁷ Versicherer, welche die geschuldeten Zahlungen nicht fristgerecht leisten, schulden der gemeinsamen Einrichtung einen Verzugszins von 5 Prozent pro Jahr.

¹³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

¹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

5. Abschnitt: Saldoabrechnungen, Information und Korrekturen

Art. 20¹⁵ Saldoabrechnung und Information

Die gemeinsame Einrichtung stellt jedem Versicherer bis zum 30. Juni in Bezug auf den Risikoausgleich des Vorjahres zur Verfügung:

- a. die ihn betreffende Saldoabrechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge;
- b. folgende Daten zu seinem Versichertenbestand pro Kanton und Risikogruppe:
 1. die Höhe der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrages,
 2. die Anzahl Versicherte,
 3. die Anzahl Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim, die zum Versicherer gewechselt haben,
 4. die Anzahl Versicherte pro PCG,
 5. die Anzahl Versicherte pro PCG, die zum Versicherer gewechselt haben,
 6. die Summe aller Zuschläge für PCG;
- c. die Entlastung pro Kanton insgesamt und pro junge erwachsene Person in diesem Kanton;
- d. die Belastung pro Kanton insgesamt und pro versicherte Person, die 26 Jahre und älter ist, in diesem Kanton.

Art. 21 Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten

¹ Melden die Versicherer eine fehlerhafte Datenlieferung erst nach Ablauf von 30 Tagen seit der Zustellung der Saldoabrechnungen nach Artikel 20, so kann die gemeinsame Einrichtung die Neuberechnung des Risikoausgleichs verweigern.

² Die Neuberechnung ist ausgeschlossen, wenn die Meldung mehr als zwei Jahre nach Ablauf der Frist nach Artikel 6 Absatz 3 gemacht wird.

³ Die gemeinsame Einrichtung kann den Versicherern, die fehlerhafte Daten geliefert haben, die sich zu ihren Gunsten ausgewirkt haben, nach der Verweigerung der Neuberechnung nach den Absätzen 1 und 2 den ihnen daraus entstandenen Vorteil in Rechnung stellen. Der daraus erhaltene Betrag wird den anderen Versicherern nach deren umsatzmässigem Anteil an den Risikoabgaben und den Ausgleichsbeiträgen der betreffenden Kalenderjahre ausbezahlt.

⁴ Die Ansprüche von Versicherern, die fehlerhafte Daten geliefert haben, die sich zu ihren Ungunsten ausgewirkt haben, wirken mit der Verweigerung der Neuberechnung nach den Absätzen 1 und 2.

¹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2018 1847).

⁵ Handelt es sich bei den Beträgen nach Absatz 3 um Bagatellbeträge, so bringt die gemeinsame Einrichtung diese auf der Rechnung betreffend die Verwaltungskosten in Abzug.

6. Abschnitt: Berichterstattung

Art. 22

¹ Die gemeinsame Einrichtung liefert dem BAG jährlich:

- a. die bei den Versicherern erhobenen Daten nach Artikel 6 zum Zweck der Weiterentwicklung des Risikoausgleichs und der Durchführung der Wirkungsanalyse nach Artikel 17a Absatz 2 KVG;
- b. die berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge der Versicherer nach Kantonen und für die ganze Schweiz.

² Sie erstellt für jede Berechnung des Risikoausgleichs eine Statistik über die Versicherten, die Nettoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die Abgabe- und Beitragssätze für die Risikogruppen und die Zuschläge für PCG.

³ Sie erstellt jährlich einen Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs.

⁴ Die Statistik und der Bericht sind jährlich zu veröffentlichen.

⁵ Die gemeinsame Einrichtung und das BAG legen den Inhalt der Statistik und des Berichts gemeinsam fest.

7. Abschnitt: Finanzierung

Art. 23 Verwaltungskosten

¹ Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der in ihren Versichertenbeständen nach Artikel 9 versicherten Personen die Verwaltungskosten des Risikoausgleichs.

² Als Verwaltungskosten des Risikoausgleichs gelten namentlich:

- a. die bei der gemeinsamen Einrichtung anfallenden Verwaltungskosten für die Durchführung des Risikoausgleichs;
- b. die Kosten für die Revision der Abrechnungen und des Zahlungsverkehrs im Risikoausgleich;
- c. die Kosten für die Stichprobenkontrollen nach Artikel 8 Absatz 3.

Art. 24 Fonds

¹ Mit den bei der gemeinsamen Einrichtung aufgrund der zeitlich versetzten Ein- und Auszahlungstermine für die Akontozahlungen und die Schlusszahlungen auflaufenden Zinsen wird ein Fonds bis zu einem maximalen Betrag von 500 000 Franken geöfnet. Die Mittel dieses Fonds werden von der gemeinsamen Einrichtung verwendet, um bei geringfügigen Zahlungsausständen die Ausgleichsbeiträge ohne

Kürzung termingemäss auszahlen oder anfallende negative Zinsen bezahlen zu können.

² Auflaufende Zinsen, die den Betrag von 500 000 Franken übersteigen, bringt die gemeinsame Einrichtung den Versicherern nach deren umsatzmässiger Beteiligung am Risikoausgleich im Vorjahr auf der Rechnung betreffend Verwaltungskosten in Abzug.

³ Die gemeinsame Einrichtung erlässt ein Fondsreglement.

Art. 25 Rechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich

Die Versicherer sind verpflichtet, jährlich die notwendigen Rechnungsabgrenzungen für die noch zu bezahlenden Risikoabgaben beziehungsweise die noch erwarteten Ausgleichsbeiträge zu bilden. Sie berücksichtigen dabei namentlich:

- a. Bestandesveränderungen;
- b. Änderungen bei der Morbidität in ihrem Versichertenbestand;
- c. Veränderungen der Nettoleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- d. bereits geleistete oder erhaltene Akontozahlungen.

8. Abschnitt: Datenschutz, Verfahren und Aufsichtsmaßnahmen

Art. 26 Datenschutz

¹ Die gemeinsame Einrichtung ist, ausser gegenüber dem BAG und ihren eigenen Revisionsstellen, zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet, die Rückschlüsse auf den Versicherer zulassen. Dritte, die mit der Bearbeitung der Daten beauftragt werden, sind ebenfalls zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet.

² 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.

³ Bei der Verwendung der Daten sind die gemeinsame Einrichtung und das BAG jeweils dafür verantwortlich, dass die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.

Art. 27 Verfahren und Rechtspflege

Bei Streitigkeiten zwischen einem Versicherer und der gemeinsamen Einrichtung über die Durchführung des Risikoausgleichs entscheidet die gemeinsame Einrichtung in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968¹⁶ über das Verwaltungsverfahren.

¹⁶ SR 172.021

Art. 28 Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen

¹ Die gemeinsame Einrichtung kann einem Versicherer, der seiner Datenlieferungs- und Zahlungspflicht nicht in genügender Weise nachkommt oder fehlerhafte Daten liefert, den dadurch entstandenen Mehraufwand in Rechnung stellen.

² Kommt der Versicherer trotz schriftlicher Mahnung der gemeinsamen Einrichtung seiner Datenlieferungs- und Zahlungspflicht in wiederholter Weise nicht nach, so kann das BAG die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entziehen.

9. Abschnitt: Wirkungsanalyse**Art. 29**

¹ Das BAG führt eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durch. Zu untersuchen sind namentlich die Wirkungen des Risikoausgleichs auf:

- a. die Anreize zur Risikoselektion;
- b. die Unter- oder Überkompensation von bestimmten Gruppen;
- c. die Prämien der Versicherer.

² Das BAG bestimmt die technischen Einzelheiten der Untersuchung. Für die Erhebungsarbeiten und die Auswertung der Ergebnisse kann es ein wissenschaftliches Institut beiziehen.

10. Abschnitt: Schlussbestimmungen**Art. 30** Aufhebung eines anderen Erlasses

Die Verordnung vom 12. April 1995¹⁷ über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung wird aufgehoben.

Art. 31 Änderung eines anderen Erlasses

...¹⁸

Art. 32 Übergangsbestimmungen

¹ Die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahr 2020 für den Risikoausgleich 2019 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2019 erfolgen nach bisherigem Recht.

¹⁷ [AS 1995 1371, 1998 1841, 2001 140, 2002 925, 2004 5079, 2005 5643, 2006 4705 Ziff. II 96 4739 Ziff. I 6, 2007 4477 Ziff. IV 52, 2009 4761, 2010 6163, 2011 5291, 2013 789, 2014 3481]

¹⁸ Die Änderung kann unter AS 2016 4059 konsultiert werden.

² Auf den PCG-Listen nach Artikel 4 Absatz 2, die für die Berechnung der Risikoausgleiche 2020–2022 nach Artikel 5 Absatz 3 massgebend sind, ist zusätzlich zum GTIN-Code der Pharmacode anzugeben.

³ Bis 2023 können die Versicherer bei den Datenlieferungen nach Artikel 6 der gemeinsamen Einrichtung anstelle des GTIN-Codes den Pharmacode liefern.

Art. 33 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.