

# Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)

vom ...

---

*Der Schweizerische Bundesrat,*

gestützt auf die Artikel 16 Absatz 4, 17 Absatz 3 sowie 17a Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>1</sup> 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);
- e. Arzneimittelkosten.

### **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.

<sup>1</sup> SR 832.10 [AS 2014 3345]

**Art. 3** Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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:

- 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.

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

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

- a. 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.
- b. 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

<sup>1</sup> Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erlässt eine Liste der PCG. Eine PCG umfasst die Arzneimittel, die bestimmte Wirkstoffe enthalten, die für die Behandlung eines bestimmten besonders kostenintensiven Krankheitsbildes eingesetzt werden. Ein Wirkstoff kann nur einer PCG zugeordnet werden.

<sup>2</sup> 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) und die Anzahl der standardisierten Tagesdosen pro Darreichungsform und pro Packung angegeben.

<sup>3</sup> Enthält ein Arzneimittel mehrere Wirkstoffe, so wird der Hauptwirkstoff der PCG zugeordnet.

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

<sup>5</sup> Es wird von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission beraten 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

<sup>1</sup> Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person aufgrund ihres Arzneimittelbezugs im Vorjahr in eine PCG eingeteilt wird.

<sup>2</sup> Eine versicherte Person wird in eine PCG eingeteilt, wenn sie im Vorjahr eine bestimmte Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen von Arzneimitteln der Spezialitätenliste bezogen hat:

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

<sup>3</sup> Massgebend ist die PCG-Liste, die am 1. Mai des Ausgleichsjahres in Kraft ist.

<sup>4</sup> Für die Zuteilung der abgegebenen Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe massgebend.

<sup>5</sup> Das EDI legt die Mindestanzahl der standardisierten Tagesdosen nach Absatz 2 fest.

#### **Art. 6** Indikator Arzneimittelkosten

<sup>1</sup> Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person im Vorjahr Arzneimittel der Spezialitätenliste bezogen hat:

- a. die auf der PCG-Liste, die am 1. Mai des Ausgleichsjahres in Kraft ist, nicht aufgeführt sind;
- b. deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;
- c. die Arzneimittel nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind; und
- d. der vom Versicherer bezahlte Anteil an den Kosten dieser Arzneimittel, einschliesslich der Kostenbeteiligungen, (Bruttoleistungen) über einer bestimmten Kostenschranke liegt.

<sup>2</sup> Das EDI legt die Kostenschranke fest.

<sup>3</sup> Für die Zuteilung der Bruttoleistungen für Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe der Arzneimittel massgebend.

## **2. Abschnitt: Datenlieferung und Kontrolle der Daten**

#### **Art. 7** Datenlieferung

<sup>1</sup> Für die Gruppierung der Daten und die Berechnung des Risikoausgleichs muss der Versicherer der gemeinsamen Einrichtung nach deren Weisungen und in pseudonymisierter Form pro versicherte Person folgende Daten liefern:

- a. Wohnkanton;
- b. Versichertennummer der AHV;
- c. Geburtsjahr;
- d. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim;
- e. GTIN-Code, Anzahl Packungen und Bruttoleistungen für Arzneimittel;
- f. Anzahl Monate, während deren die Person bei ihm versichert ist;
- g. Bruttoleistungen;
- h. Kostenbeteiligungen.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Die Versicherer müssen die Daten bis zum 30. April liefern.

<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.

#### **Art. 8** Daten nicht mehr aktiver Versicherer

<sup>1</sup> Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, müssen keine Daten für den Risikoausgleich liefern.

<sup>2</sup> Hingegen müssen für Versicherer, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach den Artikeln 2 und 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014<sup>2</sup> (KVAG) übertragen wurde, die übernehmenden Versicherer die Daten für den Risikoausgleich liefern.

#### **Art. 9** Kontrolle der Daten

<sup>1</sup> Die Revisionsstellen der Versicherer reichen der gemeinsamen Einrichtung einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten ein.

<sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung überprüft mit den von ihr für diese Aufgabe bezeichneten Revisionsstellen die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Artikel 7 gelieferten Daten mittels Stichproben.

<sup>3</sup> Die Versicherer tragen die bei ihnen durch die Stichproben anfallenden Kosten selber.

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

### 3. Abschnitt: Berechnung des Risikoausgleichs

#### Art. 10 Versichertenbestände

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

<sup>2</sup> 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 1995<sup>3</sup> 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 Aufenthaltsbewilligung, 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 1979<sup>4</sup> 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 (Kinder).

#### Art. 11 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten

<sup>1</sup> 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.

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

#### Art. 12 Einteilung der Versicherten in Risikogruppen

Die Versicherten werden 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 eingeteilt.

<sup>3</sup> SR 832.102

<sup>4</sup> SR 0.831.107

**Art. 13** Einteilung im Zusammenhang mit PCG und Arzneimittelkosten

<sup>1</sup> Die gemeinsame Einrichtung teilt aufgrund der Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln Versicherte in die entsprechenden PCG ein.

<sup>2</sup> Sie legt anhand der Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln und deren Kosten fest, bei welchen Versicherten aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten ein erhöhtes Krankheitsrisiko besteht.

**Art. 14** Berechnung der Gruppendurchschnitte

Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen der einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg für das Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet (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 Versicherer in den einzelnen Risikogruppen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

**Art. 15** Berechnung der erwarteten Gesamtnettoleistungen und Gesamtdurchschnitt

<sup>1</sup> 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 14 berechneten Gruppendurchschnitte im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

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

**Art. 16** Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten

<sup>1</sup> Die Versicherer erhalten:

- a. für ihre Versicherten mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators PCG: Zuschläge für PCG;
- b. für ihre Versicherten mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten: Zuschläge für Arzneimittelkosten.

<sup>2</sup> 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.

**Art. 17** Festlegung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten

<sup>1</sup> Im Ausgleichsjahr werden die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten 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 14 unter Berücksichtigung der Abweichungen vom Gruppendurchschnitt, die aufgrund ihrer Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln und deren Kosten zu erwarten sind.

<sup>2</sup> 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 sowie zur Festlegung des erhöhten Krankheitsrisikos aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten;
- b. die Versichertenbestände und die Nettoleistungen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

<sup>3</sup> Die Zuschläge für PCG und für Arzneimittelkosten werden in der Berechnung nur berücksichtigt, sofern ihre Werte positiv sind.

**Art. 18** Finanzierung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten

Die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten 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 oder Arzneimittelkosten ausgerichtet werden, sowie die Höhe dieser Zuschläge.

**Art. 19** Abgabe- und Beitragssätze für Risikogruppen

<sup>1</sup> Der nach Artikel 18 für die Risikogruppe berechnete Betrag wird durch die Anzahl der Versicherten in der Risikogruppe geteilt und von dem nach Artikel 14 ermittelten Gruppendurchschnitt abgezogen (modifizierter Gruppendurchschnitt).

<sup>2</sup> Die Versicherer bezahlen für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der modifizierte Gruppendurchschnitt unter dem Gesamtdurchschnitt nach Artikel 15 liegt, einen Abgabesatz, welcher der Differenz zwischen dem modifizierten Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

<sup>3</sup> Die Versicherer erhalten für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der modifizierte Gruppendurchschnitt über dem Gesamtdurchschnitt nach Artikel 15 liegt, einen Beitragssatz, welcher der Differenz zwischen dem modifizierten Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

**Art. 20** Berücksichtigung nicht mehr aktiver Versicherer

<sup>1</sup> Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, sind vom Risikoausgleich ausgenommen. Sie leisten keine Risikoabgaben und erhalten keine Ausgleichsbeiträge für das Ausgleichsjahr.

<sup>2</sup> Hingegen werden die Daten von Versicherern, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach den Artikeln 2 und 3 KVAG übertragen wurde, bei der Berechnung nach den Artikeln 11–19 berücksichtigt.

#### **4. Abschnitt: Risikoausgleichszahlungen**

**Art. 21**

<sup>1</sup> 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;
- b. eine Schlusszahlung aufgrund der Berechnung nach den Artikeln 11–19, abzüglich der bereits geleisteten Akontozahlung.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Die im Rahmen der Akontozahlung gegenüber der Berechnung nach den Artikeln 11–19 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.

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

## **5. Abschnitt: Saldoabrechnungen und Korrekturen**

### **Art. 22** Saldoabrechnung

Die gemeinsame Einrichtung stellt jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge zu.

### **Art. 23** Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten

<sup>1</sup> Melden die Versicherer eine fehlerhafte Datenlieferung erst nach Ablauf von 30 Tagen seit der Zustellung der Saldoabrechnungen nach Artikel 22, so kann die gemeinsame Einrichtung die Neuberechnung des Risikoausgleichs verweigern.

<sup>2</sup> Die Neuberechnung ist ausgeschlossen, wenn die Meldung mehr als zwei Jahre nach Ablauf der Frist nach Artikel 7 Absatz 3 gemacht wird.

<sup>3</sup> 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 gemäss deren umsatzmässigem Anteil an den Risikoabgaben und den Ausgleichsbeiträgen der betreffenden Kalenderjahre ausbezahlt.

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

<sup>5</sup> Handelt es sich bei den Beträgen nach Absatz 3 um Bagatellbeträge, so kann die gemeinsame Einrichtung diese zusammen mit den auflaufenden Zinsen nach Artikel 26 Absatz 2 den Versicherern gutschreiben.

## **6. Abschnitt: Berichterstattung**

### **Art. 24**

<sup>1</sup> Die gemeinsame Einrichtung liefert dem BAG jährlich:

- a. die bei den Versicherern erhobenen Daten nach Artikel 7;
- b. die berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge der Versicherer nach Kantonen und für die ganze Schweiz.

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

<sup>3</sup> Sie erstattet jährlich Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs.

<sup>4</sup> Die Statistik nach Absatz 3 und der Bericht nach Absatz 4 sind jährlich zu veröffentlichen.

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

## **7. Abschnitt: Finanzierung und Durchführung**

### **Art. 25**            Verwaltungskosten

<sup>1</sup> Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der in ihren Versichertenbeständen nach Artikel 10 versicherten Personen die Verwaltungskosten des Risikoausgleichs.

<sup>2</sup> 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 9 Absatz 3.

### **Art. 26**            Fonds

<sup>1</sup> 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 geüfnet. Die Mittel dieses Fonds werden von der gemeinsamen Einrichtung verwendet, um bei geringfügigen Zahlungsausständen die Ausgleichsbeiträge ohne Kürzung termingemäss auszahlen zu können oder anfallende negative Zinsen zu bezahlen.

<sup>2</sup> Auflaufende Zinsen, die den Betrag von 500 000 Franken übersteigen, werden den Versicherern nach deren umsatzmässiger Beteiligung am Risikoausgleich im Vorjahr gutgeschrieben.

<sup>3</sup> Die gemeinsame Einrichtung erlässt ein Fondsreglement.

#### **Art. 27**            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 beziehungsweise erhaltene Akontozahlungen.

### **8. Abschnitt: Datenschutz, Verfahren und Aufsichtsmassnahmen**

#### **Art. 28**            Datenschutz

<sup>1</sup> 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 Verarbeitung der Daten beauftragt werden, sind ebenfalls zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet.

<sup>2</sup> Die Daten dürfen nur für die Durchführung des Risikoausgleichs und die Erstellung der Statistik verwendet werden.

#### **Art. 29**            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. Oktober 1968<sup>5</sup> über das Verwaltungsverfahren.

<sup>5</sup> SR 172.021

**Art. 30** Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Nimmt ein Versicherer trotz Aufforderung durch das BAG am Risikoausgleich nicht teil, so kann das BAG die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entziehen.

## **9. Abschnitt: Wirkungsanalyse**

**Art. 31**

<sup>1</sup> Das BAG führt eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durch. Zu untersuchen sind namentlich die Wirkungen des Risikoausgleichs:

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

<sup>2</sup> 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. 32** Aufhebung eines anderen Erlasses

Die Verordnung vom 12. April 1995<sup>6</sup> über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung wird aufgehoben.

**Art. 33** Änderung eines anderen Erlasses

Die Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>7</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

<sup>6</sup> AS 1995 1371, AS 1998 1841, 2001 140, 2002 925, 2004 5079, 2005 5643, 2006 4705, 2006 4739, 2007 4477, 2009 4761, 2010 6163, 2011 5291, 2013 789, 2014 3481

<sup>7</sup> SR 832.102

*Art. 22 Abs. 1*

<sup>1</sup> Bei Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherer ist Artikel 87 des Gesetzes anwendbar. Vorbehalten bleiben Absatz 3 und Artikel 29 der Verordnung vom ....<sup>8</sup> über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung.

*Art. 37e Abs. 1*

<sup>1</sup> Die Eidgenössische Arzneimittelkommission berät das BAG bei der Erstellung der Spezialitätenliste nach Artikel 34. Sie berät das EDI, in ihrem Bereich, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 104a Absatz 4. Sie berät das EDI bei der Zuordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln zu einer pharmazeutischen Kostengruppe der Liste nach Artikel 4 der Verordnung vom ...<sup>9</sup> über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung sowie bei der Festlegung der standardisierten Tagesdosen, wenn Arzneimittel neu oder für eine zusätzliche Indikation in die Spezialitätenliste aufgenommen werden.

**Art. 34** Übergangsbestimmung

Die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahr 2019 für den Risikoausgleich 2018 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2018 erfolgen nach bisherigem Recht.

**Art. 35** Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

...

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Die Bundespräsidentin:

Die Bundeskanzlerin:

<sup>8</sup> SR ...

<sup>9</sup> SR...