

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)

Inkrafttreten auf den 1. Januar 2019 vorgesehen.

Kommentar und Inhalt der Bestimmungen

Bern, Dezember 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	4
2	Grundzüge der Verordnung	4
3	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	7
Artikel 1	Indikatoren	7
Artikel 2	Indikator Alter	7
Artikel 3	Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim	7
Artikel 4	PCG-Liste	7
Artikel 5	Indikator PCG	9
Artikel 6	Indikator Arzneimittelkosten	10
Artikel 7	Datenlieferung	11
Artikel 8	Daten nicht mehr aktiver Versicherer	12
Artikel 9	Kontrolle der Daten	12
Artikel 10	Versichertenbestände	12
Artikel 11	Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten	13
Artikel 12	Einteilung der Versicherten in Risikogruppen	13
Artikel 13	Einteilung im Zusammenhang mit PCG und Arzneimittelkosten	13
Artikel 14	Berechnung der Gruppendurchschnitte	14
Artikel 15	Berechnung der erwarteten Gesamtnettoleistungen und Gesamtdurchschnitt	14
Artikel 16	Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten	14
Artikel 17	Festlegung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten	15
Artikel 18	Finanzierung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten	15
Artikel 19	Abgabe- und Beitragssätze für Risikogruppen	15
Artikel 20	Berücksichtigung nicht mehr aktiver Versicherer	16
Artikel 21		16
Artikel 22	Saldoabrechnung	16
Artikel 23	Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten	17
Artikel 24		17

Artikel 25	Verwaltungskosten	17
Artikel 26	Fonds	17
Artikel 27	Rechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich	18
Artikel 28	Datenschutz	18
Artikel 29	Verfahren und Rechtspflege	18
Artikel 30	Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen	18
Artikel 31		19
Artikel 32	Aufhebung eines anderen Erlasses	19
Artikel 33	Änderung eines anderen Erlasses	19
Artikel 34	Übergangsbestimmung	19
Artikel 35	Inkrafttreten	20
Anhang		21

1 Ausgangslage

Am 21. März 2014 verabschiedete die Bundesversammlung, gestützt auf zwei parlamentarische Initiativen (11.473 und 12.446), eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; KVG). Der Risikoausgleich ist neu ohne Befristung im Gesetz verankert und dem Bundesrat wurde die Kompetenz erteilt, den Risikoausgleich mit weiteren geeigneten Indikatoren der Morbidität zu verfeinern. Diese Änderung tritt mit Wirkung ab 1. Januar 2017 in Kraft.

Der Bundesrat setzt die Verfeinerung des Risikoausgleichs etappenweise um.

Mit der Änderung der VORA vom 15. Oktober 2014 (AS **2014** 3481) verabschiedete er eine Übergangslösung. Er legte in der Verordnung den Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr fest. Neben Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr werden neu die Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr, die über einem Schwellenwert von 5000 Franken liegen, berücksichtigt, um festzustellen, ob ein erhöhtes Krankheitsrisiko besteht. Die Übergangslösung kommt erstmals für den Risikoausgleich 2017 zur Anwendung. Die Versicherer sammeln jedoch bereits seit dem 1. Januar 2015 die massgebenden Daten.

Mit der vorliegenden Revision soll nun, wie der Bundesrat mehrmals ankündigte, der aufgrund von Daten aus dem ambulanten Bereich gebildete Indikator pharmazeutische Kostengruppen (PCG) – zusätzlich zu den bisherigen Indikatoren Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim – in der Verordnung festgelegt werden. Damit einher geht auch eine Anpassung der Berechnung des Risikoausgleichs. Damit möglichst rasch der Indikator "Arzneimittel im Vorjahr, die höher als 5000 Franken liegen", durch den Indikator PCG ersetzt werden kann, wird diese Verbesserung bereits mit der vorliegenden Verordnungsrevision angegangen.

Als nächster Schritt soll, in einer weiteren Revision, der Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim verbessert werden, derart, dass künftig auch bestimmte diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) einbezogen werden oder die Aufenthaltsdauer differenzierter berücksichtigt wird.

Eine PCG umfasst die Arzneimittel, die bestimmte Wirkstoffe enthalten, die für die Behandlung eines bestimmten besonders kostenintensiven Krankheitsbildes eingesetzt werden. Ziel der Einführung von PCG als Morbiditätsindikator im Risikoausgleich ist es, Versicherte mit hohem Leistungsbedarf anhand ihres Arzneimittelkonsums zu identifizieren und Versicherer mit solchen Versicherten in ihrem Bestand differenzierter zu entlasten. Dies führt zu einem Abbau von Unter- und Überkompensationen für bestimmte Gruppen von Versicherten. Der Anreiz zur Risikoselektion kann damit gesenkt werden. Verglichen mit der Übergangslösung entstehen mit dem neuen Indikator keine negativen Kostenanreize, die Kostenkontrolle lohnt sich. Es werden neu die „richtigen“ Versicherten, nämlich Personen, deren Arzneimittelbedarf auf teure chronische Krankheiten schliessen lässt, erfasst und der Indikator ist nicht manipulationsanfällig. PCG werden in der entsprechenden Fachliteratur als sinnvoller Indikator für den Risikoausgleich beschrieben und werden auch in anderen Staaten, die einen Risikoausgleich haben, eingesetzt (z.B. in den Niederlanden). Die Einführung des Indikators PCG entspricht den Empfehlungen in- und ausländischer Experten und der kommunizierten Bundesratsstrategie.

Da weit mehr als die Hälfte der Artikel der geltenden VORA geändert wird, ist nach den Gesetzestech-nischen Richtlinien des Bundes eine Totalrevision vorzunehmen. Die geltende Verordnung ist aufzuheben und durch die vorliegende Verordnung zu ersetzen. Diese soll erstmals für den Risikoausgleich 2019 zur Anwendung kommen. Die Versicherer sammeln bereits ab dem 1. Januar 2017 die Daten nach der neuen Verordnung.

2 Grundzüge der Verordnung

Die Verordnung setzt sich aus zehn Abschnitten zusammen. Der 1. Abschnitt umfasst sechs Bestimmungen zu den Indikatoren der Morbidität. Der 2. Abschnitt regelt die Datenlieferung und die Kontrolle der Daten. Der 3. Abschnitt enthält mehrere Bestimmungen zur Berechnung des Risikoausgleichs. Der

4. Abschnitt ist den Risikoausgleichszahlungen gewidmet. Der 5. Abschnitt umfasst zwei Bestimmungen zu den Saldoabrechnungen und Korrekturen. Der 6. Abschnitt enthält eine Bestimmung zur Berichterstattung. Der 7. Abschnitt besteht aus drei Bestimmungen zur Finanzierung und Durchführung. Der 8. Abschnitt umfasst Bestimmungen zu Datenschutz, Verfahren und Aufsichtsmaßnahmen. Der 9. Abschnitt ist der Wirkungsanalyse gewidmet. Der 10. Abschnitt schliesslich enthält die Schlussbestimmungen. Gewisse Artikel wurden der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) entnommen, wenn nötig angepasst und neu gegliedert.

Die wesentlichen Neuerungen sind

- der zusätzliche Morbiditätsindikator PCG, der in Artikel 1 die bisherigen Indikatoren der Morbidität ergänzt und in Artikel 5 beschrieben ist :
Mit diesem Morbiditätsindikator werden kostenintensive, ambulant behandelte Versicherte anhand ihres Arzneimittelkonsums identifiziert und Versicherer mit solchen Versicherten in ihrem Bestand differenzierter entlastet. Die Versicherer erfassen bisher auf unterschiedliche Art bei allen Versicherten den Bezug von Arzneimitteln der Spezialitätenliste (SL) in ambulanten Behandlungen. Neu müssen diese Arzneimittel mithilfe eines Produktcodes eindeutig erfasst werden. Versicherte, die im Vorjahr eine bestimmte Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen von Arzneimitteln bezogen haben, die auf der PCG-Liste einer PCG zugeordnet sind, werden in die entsprechende PCG eingeteilt (z.B. PCG Rheuma, PCG Parkinson, PCG Nierenerkrankungen). Die Versicherer werden für solche Versicherte in ihrem Bestand mit Zuschlägen für PCG speziell entlastet, wobei der Zuschlag von PCG zu PCG variiert. Die Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen (defined daily dose, DDD) von Arzneimitteln der PCG soll in einer Departementsverordnung, die das EDI im Frühjahr 2017 erlassen will, festgelegt werden (z.B. 180 DDD von Arzneimitteln der PCG während eines Kalenderjahres). Eine repräsentative Umfrage bei Versicherern hat ergeben, dass – bei Anwendung einer Mindestzahl von 180 DDD – 18 Prozent der Versicherten mindestens eine PCG aufweisen;
- die PCG-Liste nach Artikel 4 des Entwurfs :
In der Verordnung ist festgehalten, dass das EDI eine Liste der PCG erlässt. In dieser Liste werden zu jeder PCG die Arzneimittel aufgeführt, die die Wirkstoffe enthalten, die dieser PCG zugeordnet sind. Es ist vorgesehen, dass das EDI diese Liste als Anhang der Departementsverordnung erlässt und dass die Liste auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) publiziert wird. Weil jedes Arzneimittel, das neu auf die SL kommt, in Bezug auf eine Zuordnung zu einer PCG geprüft werden muss, wird vorgeschlagen, die Eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK) in diese Prozesse mit einzubeziehen. Die EAK verfügt über das für diese Aufgabe nötige Fachwissen. Sie soll bei der Aufnahme neuer Arzneimittel in die SL auch gleich einen Vorschlag dazu machen, ob das Arzneimittel einer PCG zugeordnet und in die bestehende PCG-Liste aufgenommen werden soll. Der EAK kommt eine beratende Funktion zu, die Entscheidungen trifft das EDI;
- der modifizierte Indikator Arzneimittelkosten, der in Artikel 6 beschrieben ist :
Versicherte mit Krankheiten, die nicht so häufig vorkommen, aber dennoch kostenintensiv für die OKP sind, beziehen möglicherweise keine Arzneimittel aus PCG. Um den Versicherer auch für solche Versicherte zusätzlich zu entlasten und der Risikoselektion entgegenzuwirken, macht es Sinn, dass ein modifizierter Indikator Arzneimittelkosten im Sinne eines Auffangbeckens für sehr teure Fälle beibehalten wird. Berücksichtigt für die Einteilung der Versicherten werden nur die Kosten der Arzneimittel der SL, die keiner PCG zugeordnet sind und neu soll die Kostenschranke, die vom EDI in der Departementsverordnung festgelegt werden soll, nicht mehr bei 5000 Franken, sondern deutlich höher liegen. Für Versicherte mit Indikator Arzneimittelkosten werden die Versicherer mit Zuschlägen für Arzneimittelkosten speziell entlastet;
- eine teilweise neue Berechnung, die in den Artikeln 10-20 beschrieben ist :
Der Einbezug des neuen Indikators PCG bedingt eine neue Berechnungsmethode für den Risikoausgleich. Statt des bisher angewandten Zellverfahrens wird eine zweistufige Regressionsberechnung durchgeführt. Diese stellt weiter sicher, dass kantonal ein Nullsummenspiel entsteht

und dass keine Zahlungen zwischen den Kantonen fliessen. Die neue Berechnungsmethode erhöht die Anforderungen an die Datenlieferungen der Versicherer in den Risikoausgleich. Neu haben diese pseudonymisierte Individualdaten ihrer Versicherten zu liefern, bis anhin lieferten sie gruppierte Daten. Neben den Angaben zu Alter, Geschlecht, Versicherungsmonaten, Spital- resp. Pflegeheimaufenthalten im Vorjahr und den Nettoleistungen sind neu auch Angaben zu den von den Versicherten im Vorjahr bezogenen Arzneimitteln – insbesondere der GTIN (Global Trade Item Number)-Code und die Kosten – nötig. Die Gruppierung der Arzneimitteldaten zu PCG und die Prüfung, ob der Arzneimittelindikator erfüllt ist, erfolgt bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG, die auch die Berechnung des Risikoausgleichs vornimmt.

3 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Mit der vorliegenden Totalrevision wird nicht die VORA in der geltenden Version aufgehoben. Am 1. Januar 2017 wird noch die vom Bundesrat am 15. Oktober 2014 beschlossene Änderung (AS 2014 3481) in Kraft treten. Für ein besseres Verständnis wird deshalb in den nachfolgenden Erläuterungen die VORA, die ab dem 1. Januar 2017 für die sog. Übergangslösung gelten wird und am 1. Januar 2019 aufgehoben werden soll, als „VORA 2017“ bezeichnet. Da die VORA 2017 erst ab dem 1. Januar 2017 in der Systematischen Rechtssammlung (SR) abrufbar sein wird, ist die VORA 2017 für dieses Revisionsverfahren in einem Hilfsdokument erstellt (vgl. Anhang zu diesen Erläuterungen).

1. Abschnitt: Indikatoren der Morbidität

Artikel 1 Indikatoren

In der VORA 2017 sind die Indikatoren in Artikel 2 festgelegt.

Wie bisher sind in der Bestimmung die Indikatoren der Morbidität aufgeführt. Die Aufzählung beginnt mit den Indikatoren Alter (Bst. a), Geschlecht (Bst. b), und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Bst. c), somit den drei am längsten geltenden Indikatoren. In Buchstabe d. folgt der neue Indikator PCG. Die Aufzählung endet mit dem Indikator Arzneimittelkosten in Buchstabe e. Dieser bisherige Indikator gilt in einer modifizierten Form mit höherer Kostenschranke weiter.

Indem in der Bezeichnung der Indikatoren Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim sowie Arzneimittelkosten neu auf den Zusatz „im Vorjahr“ verzichtet wird, erfolgt keine materielle Änderung. Es geht einzig und allein darum, diese beiden Indikatoren wie auch den neuen Indikator PCG weniger schwerfällig zu bezeichnen. Nach wie vor werden Vorjahresdaten berücksichtigt. Dies ist ausdrücklich in den Bestimmungen festgehalten (vgl. Art. 3, 5 und 6).

Artikel 2 Indikator Alter

Artikel 2 entspricht Artikel 2a der VORA 2017.

Die Bestimmung wird unverändert übernommen.

Artikel 3 Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim

Artikel 3 entspricht materiell Artikel 2c der VORA 2017.

Der Indikator wird einleitend mit Hilfe des erhöhten Krankheitsrisikos umschrieben. Der Normgehalt der Bestimmung wird unverändert übernommen. Nur bei der Bezeichnung des Indikators wird auf den Zusatz „im Vorjahr“ verzichtet. Dadurch erfolgt jedoch keine materielle Änderung, und es werden wie bisher Vorjahresdaten berücksichtigt.

Artikel 4 PCG-Liste

Diese Bestimmung ist neu.

Die PCG-Liste wird vom EDI erlassen. Als rechtliche Form kommt nur eine Verordnung in Frage, weshalb das EDI die Liste als Anhang einer Departementsverordnung erlassen wird. Das EDI sieht vor, die Liste in elektronischer Form auf der Website des BAG zu publizieren. Eine Veröffentlichung in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts oder der Systematischen Sammlung des Bundesrechts ist nicht vorgesehen.

Die PCG-Liste wird jährlich angepasst werden müssen, weil regelmässig neue Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen in die SL aufgenommen werden. Dafür ist das EDI zuständig, ebenso wie für Anpassungen der PCG-Liste in Bezug auf die Aufnahme neuer und die Löschung bestehender PCG. Dazu vergibt das EDI periodisch Aufträge an das BAG oder aber Studienaufträge an externe Berater. Diese inskünftigen Anpassungen sollen unterkompensierte Gruppen besser abdecken und dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen.

Absatz 1

Absatz 1 hält zunächst fest, dass das EDI die Liste der PCG erlässt (vgl. auch die oben stehenden Ausführungen dazu). Bei der Erstellung der Initialversion stützt sich das EDI auf spezifische wissenschaftliche Studien. Eine solche hat das BAG im Jahr 2014 in Auftrag gegeben. Vor der Publikation der PCG-Liste müssen die Ergebnisse dieser ersten Studie jedoch noch einmal aktualisiert werden, da in der Zwischenzeit diverse neue Arzneimittel in die SL aufgenommen werden. Das EDI sieht vor, zu Beginn 2016 einen Aktualisierungsauftrag an externe Experten zu erteilen. Im Herbst/Winter 2016 ist eine Anhörung zum Entwurf der EDI-Verordnung und der PCG-Liste geplant, und im Frühjahr 2017 soll die EDI-Verordnung mit der PCG-Liste im Anhang erlassen werden. Ab Januar 2017 werden die Versicherer nach der neuen Verordnung über den Risikoausgleich Daten erheben müssen. Ob ein Arzneimittel einer PCG zugeordnet ist oder nicht, spielt für die Datenerhebung keine Rolle. Die Versicherer werden rechtzeitig Anweisungen erhalten.

Absatz 1 enthält sodann eine Definition für PCG, die das EDI bei der Festlegung von PCG zu beachten hat. Eine PCG umfasst die Arzneimittel, die bestimmte Wirkstoffe enthalten, die für die Behandlung eines bestimmten besonders kostenintensiven Krankheitsbildes eingesetzt werden. Ferner ist festgehalten, dass ein Wirkstoff nur einer PCG zugeordnet werden darf. Das bedeutet, dass für einen Wirkstoff, der bei unterschiedlichen Krankheiten zur Behandlung eingesetzt wird, eine PCG auszuwählen ist. Oder aber der Wirkstoff ist generell zu wenig spezifisch für den Einbezug in PCG, dann wird er nicht zugeordnet.

Absatz 2

Absatz 2 hält fest, welche Angaben die PCG-Liste enthalten muss: Zu jeder PCG sind die Arzneimittel aufgeführt, die die Wirkstoffe enthalten, die dieser PCG zugeordnet sind, mit Angabe des GTIN-Codes und der Anzahl der standardisierten Tagesdosen (defined daily dose, DDD) pro Darreichungsform und pro Packung. Der GTIN-Code weist folgende Vorteile auf: Er wird in der SL pro Darreichungsform und pro Packung aufgeführt. Die Nummer besteht damit zum Zeitpunkt der Aufnahme des Produktes in die SL und wird den Versicherern zugänglich sein. Im Gegensatz zum Pharmacode handelt es sich dabei nicht um ein privates Angebot. Die Anzahl DDD pro Darreichungsform und pro Packung ergibt sich aus der DDD, die für den Wirkstoff bestimmt worden ist.

Absatz 3

Bei Kombinationspräparaten, wie sie bei Ophthalmika, oralen Antidiabetika und Antihypertonika anzutreffen sind, muss jeweils einer der Wirkstoffe als Hauptwirkstoff ausgewählt werden. Anhand dieses Hauptwirkstoffes wird dann das Arzneimittel einer PCG zugeordnet.

Absatz 4

Es gibt Versicherte, welche die Bedingungen für die Einteilung in mehrere PCG erfüllen, weil nicht alle Krankheiten klar voneinander abgegrenzt werden, d.h., weil das Klassifizierungssystem Unschärfen hat. Es lässt sich daher nicht vermeiden, dass die gleiche zu Grunde liegende Erkrankung in unterschiedlichen Gruppen erfasst wird. Diesem Problem kann durch eine Hierarchisierung der Krankheitsgruppen begegnet werden: Erfüllt eine versicherte Person die Kriterien für zwei PCG, welche das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem beschreiben, wird sie nur in die schwerere der beiden eingeteilt. Hat eine versicherte Person beispielsweise sowohl Arzneimittel gegen einen zu hohen Cholesterinspiegel als auch Arzneimittel gegen eine Herzkrankheit bezogen, wird sie nur in die Gruppe der Herzkrankheiten eingeteilt. In diesem Fall erhält der Versicherer nur den Zuschlag für die hierarchisch höchste PCG, auch wenn die versicherte Person auch die Kriterien für die hierarchisch tiefer gestellte PCG erfüllen würde.

Ein anderes Problem besteht darin, dass sich zwei Krankheiten gegenseitig stark beeinflussen und Versicherte mit beiden Krankheiten in ihren Ausgaben stark von Versicherten mit nur einer Krankheit unterscheiden. Diesem Problem kann mit der Bildung einer „Überschneidungs-Gruppe“ begegnet werden. Die Versicherten mit beiden Krankheiten (d.h. ihnen wurden Arzneimittel aus zwei PCG abgegeben) werden in die Überschneidungs-Gruppe eingruppiert. Als Beispiel kann Diabetes Typ 2 und Bluthochdruck angeführt werden: Es gibt eine PCG Diabetes Typ 2 mit Bluthochdruck und eine PCG Diabetes Typ 2 ohne Bluthochdruck.

Für die Hierarchisierung von PCG ist das EDI zuständig. Das EDI wird bereits auf der ersten PCG-Liste solche Hierarchisierungen vornehmen.

Absatz 5

Die EAK 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 SL aufgenommen werden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da in dieser Kommission das für diese Aufgabe nötige Fachwissen bereits vorhanden ist. Der EAK kommt eine beratende Funktion zu, die Entscheidungen trifft das EDI. Da die Aufgaben der EAK in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) festgehalten sind, wird auch die entsprechende Bestimmung in der KVV mit der neuen Aufgabe ergänzt (vgl. hierzu Art. 33).

Artikel 5 Indikator PCG

Diese Bestimmung ist neu.

Der Einbezug des Indikators PCG wird es erlauben, kostenintensive, ambulant behandelte Versicherte anhand ihres Arzneimittelkonsums zu identifizieren und Versicherer mit solchen Versicherten in ihrem Bestand differenzierter zu entlasten. Dies führt zu einem Abbau von Unter- und Überkompensationen für bestimmte Gruppen von Versicherten. Bisher wurden die Versicherer beispielsweise für gesunde 81-85-jährige Frauen ohne Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim und ohne Indikator Arzneimittelkosten überkompensiert. Unterkompensiert wurden sie hingegen beispielsweise für 26-30-jährige Männer ohne Aufenthalt in einem Spital aber mit Diabetes. Unter Berücksichtigung spezifischer wissenschaftlicher Studien wird das EDI die Initialversion einer PCG-Liste erstellen. Auf der Liste werden verschiedene PCG enthalten sein. Als Beispiele können genannt werden: Herzkrankheiten, Depression, Asthma.

Absatz 1

Der Indikator wird einleitend mit Hilfe des erhöhten Krankheitsrisikos umschrieben.

Absatz 2

In Absatz 2 sind die Voraussetzungen aufgeführt, die erfüllt sein müssen, damit eine versicherte Person bei der Gruppierung der Daten durch die Gemeinsame Einrichtung KVG in eine PCG eingeteilt wird. Vorausgesetzt,

- die versicherte Person hat im Vorjahr eine bestimmte Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen von Arzneimitteln der SL, die auf der PCG-Liste einer PCG zugeordnet sind, bezogen;
- die Kosten dieser Arzneimittel werden von der OKP übernommen, und
- sie sind nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten,

dann wird sie in diese PCG eingeteilt. Die bestimmte Mindestanzahl DDD wird vom EDI festgelegt (vgl. Absatz 5). In keine PCG eingeteilt wird eine versicherte Person, die diverse Arzneimittel bezieht, jedoch die bestimmte Mindestanzahl DDD in keiner PCG erreicht wird. Die Einteilung einer versicherten Person in mehrere PCG und mehrere Zuschläge für PCG ist möglich. Jedoch ist zu beachten, dass der Versicherer nur den Zuschlag für die hierarchisch höchste PCG erhält, wenn es unter den PCG eine Hierarchisierung gibt (vgl. Art. 16 Abs. 2).

Absatz 3

Die Gemeinsame Einrichtung KVG wird für jeden Risikoausgleich immer nur eine PCG-Liste anwenden; es ist die Liste, die am 1. Mai des Ausgleichsjahres in Kraft ist. Änderungen auf der SL können somit

möglichst zeitnah auf der PCG-Liste berücksichtigt werden. Wie schon in Artikel 4 ausgeführt, wird die PCG Liste jährlich angepasst werden müssen, weil regelmässig neue Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen in die SL aufgenommen werden. In Anbetracht dessen, dass die EDI-Verordnung mit der ersten PCG-Liste (im Anhang) ca. im Frühjahr 2017 erlassen wird, darf davon ausgegangen werden, dass sie vor dem 1. Mai 2019 erstmals revidiert wird.

Absatz 4

Bei Arzneimitteln fallen die Verschreibung und die Abgabe nicht immer zusammen und insbesondere bei chronisch kranken Versicherten werden oft auch Dauerrezepte, die zum Arzneimittelbezug über mehrere Monate hinweg berechtigen, ausgestellt. Es wird festgelegt, dass für die Zuteilung der abgegebenen Arzneimittel auf die Kalenderjahre das Datum der Abgabe massgebend ist.

Absatz 5

Bei der Einteilung Versicherter in PCG kommt der Anzahl DDD eine entscheidende Bedeutung zu. Das EDI legt die Mindestanzahl DDD voraussichtlich im Frühjahr 2017 in der EDI-Verordnung fest. Mittels Berücksichtigung der Mindestanzahl DDD für die Einteilung in PCG wird erreicht, dass nur Versicherte mit einer Langzeittherapie in PCG eingeteilt werden.

Artikel 6 Indikator Arzneimittelkosten

In der VORA 2017 ist der Indikator Arzneimittelkosten in Artikel 2b geregelt.

Ursprünglich herrschte die Meinung vor, dass mit dem Einbezug des Indikators PCG der für eine Übergangslösung angewendete Indikator Arzneimittelkosten aus der Risikoausgleichsformel entfernt werden könnte. Es ist aber möglich, dass Versicherte mit Krankheiten, die nicht so häufig vorkommen, in keiner PCG eingeteilt sind, obwohl sie zulasten der OKP hohe Kosten verursachen und damit ihren Versicherer stark belasten können. Um solche Fälle zu vermeiden und der Risikoselektion entgegenzuwirken, macht es Sinn, dass ein modifizierter Indikator Arzneimittelkosten im Sinne eines Auffangbeckens für sehr teure Fälle beibehalten wird. Berücksichtigt für die Einteilung der Versicherten werden nur die Kosten der Arzneimittel der SL, die keiner PCG zugeordnet sind und neu soll die Kostenschranke nicht mehr bei 5000 Franken Bruttoleistungen für Arzneimittel, sondern deutlich höher liegen.

Absatz 1

In Absatz 1 sind die Voraussetzungen aufgeführt, die erfüllt sein müssen, damit eine versicherte Person den Indikator aufweist. Vorausgesetzt,

- die versicherte Person hat im Vorjahr Arzneimittel der SL bezogen, die auf der PCG-Liste, die am 1. Mai des Ausgleichsjahres in Kraft ist, nicht aufgeführt sind;
- die Kosten dieser Arzneimittel werden von der OKP übernommen;
- sie sind nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten, und
- die Bruttoleistungen liegen über einer bestimmten Kostenschranke,

dann wird ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten angenommen. Der Versicherer wird für diese versicherte Person mit einem Zuschlag für Arzneimittelkosten zusätzlich entschädigt.

Die Beibehaltung eines modifizierten Indikators Arzneimittelkosten kann auch damit begründet werden, dass die PCG-Liste der Verschreibungspraxis teilweise hinterherhinken wird. Die PCG-Liste wird jährlich angepasst, die SL hingegen wird häufiger aktualisiert. Vom Zeitpunkt der Aufnahme eines Arzneimittels, das einer PCG zugeordnet werden könnte, in die SL bis hin zum Zeitpunkt, ab dem es auf dieser Liste figuriert, werden stets einige Monate verstreichen. Ist das Arzneimittel bei der Einteilung von Versicherten in PCG auf der massgebenden PCG-Liste noch nicht aufgeführt, können die anfallenden Arzneimittelkosten beim modifizierten Indikator Arzneimittelkosten berücksichtigt werden.

Absatz 2

Das EDI legt voraussichtlich im Frühjahr 2017 in seiner Verordnung die Kostenschranke für die Bruttoleistungen für die Arzneimittel der SL fest, die auf der PCG-Liste nicht aufgeführt sind. Es ist vorgesehen, dass die Kostenschranke deutlich höher liegen wird als bisher.

Absatz 3

Es wird festgelegt, dass für die Zuteilung der Bruttoleistungen für Arzneimittel auf die Kalenderjahre das Datum der Abgabe der Arzneimittel massgebend ist.

2. Abschnitt: Datenlieferung und Kontrolle der Daten

Artikel 7 Datenlieferung

Die Datenlieferung der Versicherer für den Risikoausgleich ist in Artikel 10 der VORA 2017 geregelt.

Absatz 1

Aufgrund des Einbezugs des neuen Morbiditätsindikators PCG und dem damit verbundenen Übergang zu einer Regressionsberechnung mittels Methode der kleinsten Quadrate – vgl. dazu Artikel 10 bis 20 im 3. Abschnitt „Berechnung des Risikoausgleichs“ – müssen die Versicherer neu Individualdaten zu ihren einzelnen Versicherten an die Gemeinsame Einrichtung KVG liefern. Damit die Versicherten nicht identifiziert werden können und um dem Datenschutz Rechnung zu tragen, werden die Daten in pseudonymisierter Form geliefert. Der Versicherer liefert pro versicherte Person folgende Angaben:

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

Die Versicherer haben also pro versicherte Person die Rohdaten, d.h. die abgegebenen Arzneimittel der SL, deren Kosten von der OKP übernommen werden und die nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind, nach GTIN-Code und unter Angabe deren Kosten zu melden. Die Einteilung der Versicherten aufgrund der Arzneimitteldaten zu PCG beziehungsweise zum Indikator Arzneimittelkosten erfolgt bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG (vgl. Art. 12)

Wie bis anhin präzisiert die Gemeinsame Einrichtung KVG den Datensatz und die Art und Weise der Datenlieferung in ihrem Leitfaden.

Absatz 2

Die Versicherer liefern pro Datenlieferung zwei Datensätze. Der erste Datensatz enthält die oben erwähnten Angaben für das Jahr vor der Datenlieferung, der zweite Datensatz diejenigen für das vorletzte Jahr vor der Datenlieferung. Neu umfasst ein Datensatz jeweils Angaben zu einem einzigen Kalenderjahr.

Absatz 3

In Absatz 3 wird die Frist für die Datenlieferung festgehalten. Die Datenlieferungen erfolgen wie bis anhin jährlich bis zum 30. April.

Absatz 4

Wie bis anhin erfolgt der Datenabzug gemäss Absatz 4 zwei Monate vor Ablauf der Frist für die Datenlieferung. Mutationen, die später erfolgen, dürfen nicht berücksichtigt werden in der Datenlieferung.

Artikel 8 Daten nicht mehr aktiver Versicherer

Diese Bestimmung ist neu.

Absatz 1

Weil Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, vom Risikoausgleich ausgenommen sind, müssen sie auch keine Daten für den Risikoausgleich liefern. Diese Praxis wird neu in der Verordnung festgehalten.

Absatz 2

Hingegen werden wie bisher die Daten von Versicherern, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen wurde, bei der Berechnung berücksichtigt (vgl. Art. 20 Abs. 2 und Art. 6 Abs. 6 der VORA 2017). In Absatz 2 wird explizit festgehalten, dass in diesen Fällen der Versicherer, der die Kasse übernimmt, die Daten liefert. Materiell erfolgt keine Änderung.

Artikel 9 Kontrolle der Daten

Artikel 11 der VORA 2017 wird übernommen.

Es wird lediglich die Reihenfolge der Absätze und im neuen Absatz 2 ein Verweis auf eine andere VORA-Bestimmung angepasst.

3. Abschnitt: Berechnung des Risikoausgleichs

Die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge war bisher in Artikel 6 der VORA 2017 geregelt.

Neu wird die Berechnung des Risikoausgleichs in mehreren Artikeln dargestellt. Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs mittels PCG geht nämlich auch eine Anpassung der Berechnung des Risikoausgleichs einher. Es wird vom bisher angewandten reinen Zellansatz – einem Spezialfall der Regressionsberechnung mit Interaktion zwischen allen Variablen – abgewichen und die Methode der kleinsten Quadrate angewandt, die darin besteht, die Parameter so zu bestimmen, dass die Summe der quadratischen Abweichungen der Kurve von den beobachteten Punkten minimiert wird.

Mittels einer Regressionsrechnung nach der Methode der kleinsten Quadrate wird die Höhe der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten festgelegt. Diese gelten unabhängig von der Risikogruppenzugehörigkeit der versicherten Person, sofern diese der entsprechenden PCG zugeteilt wurde beziehungsweise den Arzneimittelkosten-Indikator aufweist. Zudem wird für jede Risikogruppe - pro Kanton, definiert nach Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, jedoch ohne Berücksichtigung der PCG und des Indikators Arzneimittelkosten - in einem Verfahren, das dem heutigen Zellansatz stark ähnelt - ein Abgabe- resp. Beitragssatz berechnet.

Für jede versicherte Person werden schliesslich der Abgabe- resp. Beitragssatz der Risikogruppe und allfällige Zuschläge addiert und anschliessend mit der Anzahl Versicherungsmonate multipliziert, um zu ermitteln, wie viel der Versicherer für sie in den Risikoausgleich bezahlen muss beziehungsweise wie viel der Versicherer für sie aus dem Risikoausgleich erhält. Die Abgabe beziehungsweise der Beitrag des Versicherers entspricht der Summe dieser Werte über alle seine Versicherten.

Artikel 10 Versichertenbestände

Artikel 10 entspricht materiell Artikel 4 der VORA 2017.

Absatz 1

Wie bisher sind für die Festlegung der Versichertenbestände eines Versicherers die „Versicherungsmomente“ massgebend. Die Bestimmung wird einzig sprachlich präziser als bisher formuliert.

Absatz 2

Ebenfalls wie bisher werden bei der Festlegung der Versichertenbestände sechs Personenkategorien nicht berücksichtigt. Sie sind unter den Buchstaben a. bis f. aufgeführt.

In Buchstabe f. wird die seit Jahren bestehende Praxis präzise festgehalten.

Artikel 11 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten

Neu liefern die Versicherer der Gemeinsamen Einrichtung KVG pseudonymisierte Individualdaten ihrer Versicherten. Mittels eines Verbindungscode wird sichergestellt, dass das einzelne Individuum über mehrere Datenlieferungen – auch unterschiedlicher Versicherer – hinweg beobachtet werden kann.

Absatz 1

Gemäss Absatz 1 führt die Gemeinsame Einrichtung KVG die von den Versicherten gelieferten Datensätze zusammen. Sie führt sie so zusammen, dass die Daten zu den Indikatoren der Morbidität der Versicherten aus dem Vorjahr auch bei Wechslern nicht verloren gehen und vollständig in die Berechnung des Risikoausgleichs einfließen. Für die Berücksichtigung der Vorjahresinformationen bei Wechslern ist also kein Datenaustausch unter den Versicherern nötig. Sämtliche notwendigen Daten liegen bei der für die Berechnung des Risikoausgleichs zuständigen Gemeinsamen Einrichtung KVG vollständig vor. Durch die vollständige Berücksichtigung der Vorjahresinformationen werden chronisch kranke Wechsler mit Aufhalten in einem Spital oder Pflegeheim, PCG oder hohen Arzneimittelkosten attraktiver für den neuen Versicherer.

Absatz 2

In Absatz 2 ist festgehalten, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG die für die Berechnung des Risikoausgleichs nötigen Angaben pro versicherte Person, die aus zwei unterschiedlichen Jahren stammen und deshalb auch in unterschiedlichen Datensätzen zu finden sind, zusammenführt.

Artikel 12 Einteilung der Versicherten in Risikogruppen

Nach dieser Bestimmung erfolgt die Einteilung der Versicherten in Risikogruppen nach Kanton, Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr. Nicht berücksichtigt wird bei der Einteilung der Versicherten in Risikogruppen das Vorhandensein eines erhöhten Krankheitsrisikos aufgrund von PCG beziehungsweise Arzneimittelkosten.

Artikel 13 Einteilung im Zusammenhang mit PCG und Arzneimittelkosten

Absatz 1

Die Versicherer liefern der Gemeinsamen Einrichtung KVG pro versicherte Person Angaben zu den abgegebenen Arzneimitteln der SL. Pro versicherte Person sind in der Datenlieferung sämtliche abgegebenen Arzneimittel einzeln, mit Angabe des GTIN-Codes, aufgeführt. In Absatz 1 ist festgehalten, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG die Versicherten aufgrund der von den Versicherern gelieferten Daten in die entsprechenden PCG einteilt. Dabei prüft sie erstens, ob den versicherten Personen Arzneimittel abgegeben wurden, die auf der massgebenden PCG-Liste figurieren und zweitens, ob die in der EDI-Verordnung festgelegte Mindestanzahl der DDD erreicht wurde. Wenn aufgrund der abgegebenen Arzneimittel eine Zuteilung in mehrere PCG erfolgt, prüft die Gemeinsame Einrichtung KVG, ob diese hierarchisiert sind und somit nur die hierarchisch höchste PCG für die Berechnung massgebend ist.

Absatz 2

Auch die Frage, ob die Versicherten den Indikator Arzneimittelkosten aufweisen, wird von der Gemeinsamen Einrichtung KVG geprüft. In Absatz 2 ist festgehalten, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG aufgrund der von den Versicherern pro versicherte Person gelieferten Angaben zu den abgegebenen Arzneimitteln der SL bestimmt, ob die in der EDI-Verordnung festgelegte Kostenschwelle für Arzneimittelkosten erreicht wurde und damit, ob die versicherte Person den Indikator Arzneimittelkosten aufweist.

Artikel 14 Berechnung der Gruppendurchschnitte

In dieser Bestimmung wird die Berechnung der durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen d.h. der Gruppendurchschnitte beschrieben. Dazu werden die Versicherten in Risikogruppen eingeteilt, die Versichertenbestände und Nettoleistungen in den Risikogruppen erhoben und dann, pro Risikogruppe, die durchschnittlichen Nettoleistungen berechnet. Die Berechnung erfolgt im Ausgleichsjahr aufgrund der Versicherungsmonate und Nettoleistungen des Kalenderjahres vor dem Ausgleichsjahr und der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

Artikel 15 Berechnung der erwarteten Gesamtnettoleistungen und Gesamtdurchschnitt

Absatz 1

In Absatz 1 wird, als erster Schritt für die Berechnung des Gesamtdurchschnittes, die Berechnung der erwarteten Gesamtnettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen beschrieben. Die Berechnung erfolgt im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt und basiert auf den im Ausgleichsjahr berechneten Gruppendurchschnitten des Vorjahres und den Beständen in den Risikogruppen im Ausgleichsjahr. Für die Einteilung der Versicherten in Risikogruppen sind die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr massgebend. Die bereits berechneten Gruppendurchschnitte werden also mit diesen neuen Beständen multipliziert.

Absatz 2

In Absatz 2 wird die Berechnung des erwarteten Gesamtdurchschnittes pro Kanton aus den Gesamtnettoleistungen gemäss Absatz 1 beschrieben. Dazu werden pro Kanton die erwarteten Gesamtnettoleistungen aller Risikogruppen addiert und durch den Bestand aller Risikogruppen im Kanton geteilt.

Artikel 16 Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten

Absatz 1

In Absatz 1 wird der Grundsatz festgehalten, dass die Versicherer für ihre Versicherten, die in PCG eingruppiert wurden, beziehungsweise für diejenigen, die den Indikator Arzneimittelkosten aufweisen, spezielle Zuschläge erhalten. D.h. dass die Beiträge, welche die Versicherer für diese Versicherten erhalten, höher ausfallen als für Versicherte ohne die Indikatoren PCG oder Arzneimittelkosten in der entsprechenden Risikogruppe. Die Versicherer werden für das zusätzliche Risiko, das diese Versicherten darstellen, speziell entschädigt.

Weist eine versicherte Person mehrere PCG auf und sind die entsprechenden PCG nicht hierarchisch organisiert, erhält der Versicherer für diese Person Zuschläge für alle PCG, in die sie eingeteilt wurde. Damit wird sichergestellt, dass die Versicherer für ihre polymorbiden Versicherten angemessen entschädigt werden.

Absatz 2

In Absatz 2 wird präzisiert, wie mit versicherten Personen umzugehen ist, die mehrere PCG aufweisen, die aber hierarchisch organisiert sind. Für hierarchisch tiefer gestellte PCG erhalten die Versicherer keine Zuschläge nach Absatz 1. Bei hierarchisierten PCG werden nur die Zuschläge der hierarchisch höchsten PCG ausgerichtet.

Artikel 17 Festlegung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten

Absatz 1

In Absatz 1 wird beschrieben, wie die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten nach Artikel 16 festgelegt werden. Die Festlegung der Zuschläge erfolgt mittels einer Regressionsberechnung nach der Methode der kleinsten Quadrate: Dabei wird die Summe der quadrierten Residualkosten der einzelnen Versicherten minimiert. 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. Die Berechnung der Zuschläge erfolgt im Ausgleichsjahr. Die Berechnung erfolgt anhand der Nettoleistungen im Vorjahr und der Indikatoren PCG und Arzneimittelkosten im Vorvorjahr.

Absatz 2

In Absatz 2 wird festgehalten, welche Angaben für die Festlegung der Zuschläge massgebend sind. Es handelt sich dabei um:

- 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 Indikator Arzneimittelkosten;
- die Versichertenbestände;
- die Nettoleistungen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

Absatz 3

In Absatz 3 wird präzisiert, dass die Zuschläge für PCG und für Arzneimittelkosten nur in der Berechnung berücksichtigt werden, wenn ihre Werte positiv sind. Ergibt die Berechnung einen negativen Wert, wird der entsprechende Zuschlag auf 0 gesetzt. Dies stellt sicher, dass für versicherte Personen, welche die Indikatoren PCG oder Arzneimittelkosten aufweisen, nie tiefere Beträge aus dem Risikoausgleich bezahlt werden als für versicherte Personen derselben Risikogruppe, die keine Indikatoren PCG oder Arzneimittelkosten aufweisen.

Artikel 18 Finanzierung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten

In Artikel 18 ist die Finanzierung der Zuschläge nach Artikel 17 festgelegt. Diese Finanzierung wird für jede Risikogruppe separat berechnet. Dabei wird von der Zahl der Versicherten in der Risikogruppe ausgegangen, für die Zuschläge ausgerichtet werden und der Höhe der entsprechenden Zuschläge.

Artikel 19 Abgabe- und Beitragssätze für Risikogruppen

Absatz 1

In Absatz 1 wird die Berechnung des sogenannten modifizierten Gruppendurchschnitts beschrieben. Der modifizierte Gruppendurchschnitt wird benötigt, um die Abgabe- und Beitragssätze für die Risikogruppen zu berechnen. Er entspricht dem Gruppendurchschnitt nach Artikel 14 abzüglich des durchschnittlichen Betrages zur Finanzierung der Zuschläge nach Artikel 18 in der entsprechenden Risikogruppe.

Absatz 2

Für Risikogruppen, deren modifizierter Gruppendurchschnitt unter dem Gesamtdurchschnitt liegt, ergibt sich ein Abgabesatz, d.h. für jeden Versicherten dieser Risikogruppe hat der Versicherer einen Betrag in den Risikoausgleich zu bezahlen.

Absatz 3

Für Risikogruppen, deren modifizierter Gruppendurchschnitt über dem Gesamtdurchschnitt liegt, ergibt sich ein Beitragssatz, d.h. für jeden Versicherten dieser Risikogruppe erhält der Versicherer einen Betrag aus dem Risikoausgleich.

Artikel 20 Berücksichtigung nicht mehr aktiver Versicherer

Artikel 20 entspricht materiell Artikel 6 Absatz 6 der VORA 2017. Zudem wird die Bestimmung in zwei Absätze unterteilt.

Absatz 1

Die Bestimmung wird insofern ergänzt, als diese Versicherer vom Risikoausgleich ausgenommen sind.

Absatz 2

Mit Absatz 2 wird auch für die Versicherer, die durch Fusion von einem anderen Versicherer übernommen worden sind, die bisherige Praxis weitergeführt. Materiell erfolgt keine Änderung.

4. Abschnitt: Risikoausgleichszahlungen

Artikel 21

Artikel 12 der VORA 2017 wird leicht angepasst.

Absätze 1 bis 3

Teilweise neu strukturiert und sprachlich verbessert, enthalten die Absätze 1 bis 3 die bisherigen Regelungen zur Akonto- und zur Schlusszahlung.

Absatz 4

In Absatz 4 ist neu klar festgehalten, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG die Auszahlungen der Ausgleichsbeiträge, die sie den Versicherern schuldet, aufgrund der eingegangenen Risikoabgaben proportional kürzen kann, wenn am Stichtag Zahlungen der Versicherer ausstehend sind.

Absatz 5

Besser strukturiert und sprachlich angepasst, bleibt die bisherige Regelung zur Verrechnung von Forderungen und Schulden bestehen.

Absatz 6

Absatz 6 betrifft wie bisher die Verzinsung der im Rahmen der Akontozahlungen zu viel oder zu wenig bezahlten Beträge. Neu ist klar festgehalten, dass der Zins der Rendite der Bundesobligationen entspricht, soweit diese positiv ist.

Absatz 7

Der Zinssatz für Verzugszinsen wird auf 5 Prozent im Jahr festgelegt. Damit entspricht er dem Zinssatz für den Verzugszins auf Leistungen der Sozialversicherer nach Artikel 7 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts.

5. Abschnitt: Saldoabrechnungen und Korrekturen

Artikel 22 Saldoabrechnung

Artikel 7 der VORA 2017 wird in zwei Bestimmungen aufgeteilt.

Wie bisher ist in der Verordnung festgehalten, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge zustellt.

Artikel 23 Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten

Artikel 23 übernimmt materiell Artikel 10 Absätze 3 und 4 sowie Artikel 12a der VORA 2017.

Absätze 1 und 2

In den Absätzen 1 und 2 wird geregelt, in welchen Fällen die Gemeinsame Einrichtung KVG die Neuberechnung des Risikoausgleichs verweigern kann und wann eine solche ausgeschlossen ist. Die diesbezüglichen Bestimmungen in Artikel 10 Absätze 3 und 4 der VORA 2017 wurden lediglich hinsichtlich der Verweise auf andere Bestimmungen der Verordnung angepasst. Materiell haben die Regelungen keine Änderungen erfahren.

Absätze 3 bis 5

Der Normgehalt entspricht Artikel 12a der VORA 2017. Es werden lediglich Verweise auf Bestimmungen der Verordnung angepasst sowie eine sprachliche Verbesserung angebracht.

6. Abschnitt: Berichterstattung

Artikel 24

Artikel 7 der VORA 2017 wird teilweise angepasst.

Absatz 1

Neu ist in der Verordnung klar festgehalten, welche Daten die Gemeinsame Einrichtung KVG dem BAG jährlich liefert. In der Praxis waren es schon bisher diese Daten.

Absatz 2

Aufgrund der neuen Berechnung des Risikoausgleichs wird ergänzt, dass in die Statistik auch die Abgabe- und Beitragssätze für die neu definierten Risikogruppen und die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten aufzunehmen sind.

Absätze 3 bis 5

Besser strukturiert und sprachlich angepasst enthalten die Absätze 3 bis 5 weitere bisherige Regelungen von Artikel 7 der VORA 2017.

7. Abschnitt: Finanzierung und Durchführung

Artikel 25 Verwaltungskosten

Artikel 9 der VORA 2017 erfährt Anpassungen.

Absatz 1

Bisher basierte die Verteilung der Verwaltungskosten auf der Anzahl der obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen. Absatz 1 hält fest, dass neu der Versichertenbestand im Risikoausgleich maßgebend ist. Dahinter steht insbesondere die Überlegung, dass diese Daten direkt bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG verfügbar sind. Zudem ist die Anpassung sachlich korrekt.

Absatz 2

In Absatz 2 wird lediglich ein Verweis auf eine Bestimmung der Verordnung angepasst.

Artikel 26 Fonds

Artikel 13 der VORA 2017 erfährt diverse Anpassungen. Artikel 13a der VORA 2017 wird integriert.

Absatz 1

In Absatz 1 wird ergänzt, dass Zinskosten, die anfallen, wenn die Banken negative Zinsen erheben, durch Mittel des Fonds gedeckt werden können. Ansonsten wird die Bestimmung unverändert übernommen.

Absatz 2

Wie bis anhin werden die auflaufenden Zinserträge im Fonds, die den Betrag von 500'000 Fr. übersteigen an die Versicherer zurückerstattet. Die Rückerstattung erfolgt nach der umsatzmässigen Beteiligung der Versicherer am Risikoausgleich im Vorjahr. Neu ist die Gemeinsame Einrichtung KVG frei, die Rückerstattung durch Verrechnung mit anderen Zahlungen vorzunehmen. Dies senkt den administrativen Aufwand.

Absatz 3

Die Gemeinsame Einrichtung KVG ist weiter verpflichtet, ein Fondsreglement zu erlassen.

Artikel 27 Rechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich

Artikel 6b der VORA 2017 wird in angepasst und ergänzt.

Buchstabe a wird aufgrund der neuen Definition des Begriffs der Risikogruppe angepasst. Die Vorschrift in Buchstabe b ist neu. Neu wird festgehalten, dass die Versicherer Änderungen bei der Morbidität in ihrem Versichertenbestand bei der Bildung der Rechnungsabgrenzung zu berücksichtigen haben. Verschiedene Anpassungen an der VORA haben die Umformulierungen nötig gemacht. Wie bis anhin muss der Versicherer aber – neben den Veränderungen der Nettoleistungen und der bereits geleisteten beziehungsweise erhaltenen Akontozahlungen – die Entwicklung seines Versichertenbestandes in Bezug auf Grösse und Morbidität bei der Bildung der Rechnungsabgrenzung berücksichtigen.

8. Abschnitt: Datenschutz, Verfahren und Aufsichtsmaßnahmen

Artikel 28 Datenschutz

Artikel 14 der VORA 17 wird unverändert übernommen.

Lediglich eine sprachliche Verbesserung wird vorgenommen.

Artikel 29 Verfahren und Rechtspflege

Artikel 15 der VORA 2017 wird unverändert übernommen.

Artikel 30 Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen

Die Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen waren in Artikel 16 der VORA 2017 geregelt.

Wie bisher kann die Gemeinsame Einrichtung KVG einem Versicherer, der seiner Datenlieferungs- und Zahlungspflicht nicht in genügender Weise nachkommt, den dadurch entstandenen Mehraufwand in Rechnung stellen. Kommt der Versicherer seiner Datenlieferungs- und Zahlungspflicht wiederholt nicht nach, kann ihm das BAG die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entziehen. Dieselbe Massnahme kann das BAG bei einem Versicherer treffen, der am Risikoausgleich nicht teilnimmt. Während das BAG den Bewilligungsentzug bisher nur beantragen konnte, kann es ihn neu verfügen (als Folge des neuen KVAG). Dies ist materiell die einzige Änderung an dieser Bestimmung. Im Weiteren wird die Bestimmung neu strukturiert und sprachlich verbessert.

9. Abschnitt: Wirkungsanalyse

Artikel 31

Artikel 8 der VORA 2017 wird angepasst und in zwei Absätze aufgeteilt.

Absatz 1

In Absatz 1 werden die Themen der Wirkungsanalyse beschrieben. Neu sollen namentlich die Wirkungen des Risikoausgleichs auf die Anreize zur Risikoselektion, die Unter- oder Überkompensation von bestimmten Gruppen und die Prämien der Versicherer untersucht werden.

Absatz 2

Der dritte und der vierte Satz der bisherigen Bestimmung sind neu in Absatz 2 geregelt. Sie werden unverändert übernommen.

10. Abschnitt: Schlussbestimmungen

Artikel 32 Aufhebung eines anderen Erlasses

Die vorliegende Verordnung ersetzt die bisherige Verordnung vom 12. April 1995 (Stand am 1. Januar 2017) über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1). Die bisherige Verordnung kann deshalb aufgehoben werden.

Artikel 33 Änderung eines anderen Erlasses

Die KVV ist wie folgt zu ändern:

Artikel 22 Streitigkeiten

Die VORA 2017 enthält in Artikel 15 eine Bestimmung zu Verfahren und Rechtspflege. Die gleiche Bestimmung sieht die vorliegende Verordnung in Artikel 29 vor. In Absatz 1 ist der Verweis auf diese Bestimmung anzupassen.

Artikel 37e Eidgenössische Arzneimittelkommission

Die EAK soll künftig das Departement beraten, wenn die Aufnahme neuer Arzneimittel auf die SL oder zusätzliche Indikationen Anpassungen auf der PCG-Liste erfordern. Damit können Synergien genutzt und Arzneimittel, die neu oder für eine zusätzliche Indikation in die SL aufgenommen werden, vom EDI möglicherweise schon bei der nächstfolgenden Aktualisierung der PCG-Liste einer PCG zugeordnet werden. Zudem sind durch die paritätische Zusammensetzung der EAK deren Empfehlungen breit abgestützt, was wiederum den Entscheiden des EDI nützlich sein wird. Artikel 37e Absatz 1 ist deshalb mit der neuen Aufgabe für die EAK zu ergänzen.

Artikel 34 Übergangsbestimmung

In der Übergangsbestimmung der Revision wird festgehalten, dass die Datenlieferung der Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG im Jahr 2019 für den Risikoausgleich 2018 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2018 nach bisherigem Recht erfolgen. Hingegen erfolgt die Datenlieferung der Versicherer im Jahr 2019 für den Risikoausgleich 2019 nach dem neuen Recht.

Artikel 35 Inkrafttreten

Die vorliegende Verordnung soll am 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Es ist jedoch unabdingbar, dass die Versicherer die Daten für die Datenlieferung im Jahre 2019 für den Risikoausgleich 2019 bereits in den Jahren 2017 und 2018 sammeln. Die Versicherer werden dazu rechtzeitig Anweisungen erhalten. Im Rahmen der Anhörung haben sie die vom Bundesrat vorgeschlagenen Bestimmungen im Herbst 2015 erstmals gesehen. Nach der Verabschiedung durch den Bundesrat wird die neue Verordnung mit den definitiven Bestimmungen auf der Website des BAG aufgeschaltet. Den Versicherern bleibt somit genügend Zeit, um die nötigen Vorkehrungen für die Datenerhebung nach der vorliegenden Verordnung rechtzeitig in die Wege zu leiten.

Anhang

„VORA 2017“

Art. 1 Umfang des Risikoausgleichs

¹ Der Risikoausgleich gilt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, einschliesslich der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 41 Absatz 4 und 62 KVG.

² Sämtliche Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, haben die für den Risikoausgleich nötigen Angaben zu liefern.

Art. 2 Erhöhtes Krankheitsrisiko

Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch folgende Indikatoren der Morbidität abgebildet:

- a. Alter;
- b. Geschlecht;
- c. Arzneimittelkosten im Vorjahr;
- d. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr.

Art. 2a 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. 2b Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr

¹ Für die Festlegung der Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt werden die Bruttoleistungen (Nettoleistungen plus Kostenbeteiligungen) im Vorjahr für Arzneimittel, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, sofern die Bruttoleistungen über 5000 Franken liegen und die Arzneimittel nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind.

² Für die Zuteilung der Bruttoleistungen für Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe der Arzneimittel massgebend.

Art. 2c Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr

¹ Für die Bestimmung des Aufenthalts in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr berücksichtigt werden Aufenthalte im Vorjahr, die mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte gedauert haben, in einem der folgenden Spitäler oder Pflegeheime, 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.

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

³ 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. 2d Einteilung der Versicherten in Risikogruppen

¹ Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten im Vorjahr werden wie folgt in zwei Risikogruppen eingeteilt:

- a. erste Risikogruppe: Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr;
- b. zweite Risikogruppe: Versicherte ohne erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr.

² Versicherte ohne erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten im Vorjahr werden nach den Indikatoren Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr in weitere Risikogruppen eingeteilt.

Art. 3 Nettoleistungen

¹ Für die Berechnung des Risikoausgleichs wird pro Kanton der von den Versicherern bezahlte Anteil an den Kosten der zuzulastenden obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Leistungen für ihre Versicherten des Kantons ermittelt (Nettoleistungen).

² Für die Zuteilung der Nettoleistungen auf die Kalenderjahre wird auf das Behandlungsdatum abgestellt.

³ Um stärkere Abweichungen im zeitlichen oder regionalen Vergleich der durchschnittlichen Nettoleistungen zu verhindern, kann das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ein nach statistisch anerkannten Grundsätzen ausgestaltetes Glättungsverfahren festlegen.

Art. 4 Versichertenbestände

¹ Für die Errechnung der Versichertenbestände eines Versicherers sind die Versicherungsmonate massgebend.

² ...

^{2bis} Nicht in die Versichertenbestände nach Absatz 1 eingerechnet werden:

- a. im Ausland wohnhafte Personen, die auf vertraglicher Basis nach den Artikeln 7a und 132 Absatz 3 KVV versichert sind;
- b. Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV);
- c. Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche 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 über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer der schweizerischen Krankenversicherung unterstellt sind.
- f. Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr.

³ ...

Art. 5

Art. 6 Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge

¹ Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg (Gruppendurchschnitt) für das Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet. Für die Berechnung massgebend sind:

- a. die Bruttoleistungen für Arzneimittel und 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.

² Im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, werden die erwarteten Gesamtnettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen für das Ausgleichsjahr berechnet. Für die Berechnung massgebend sind:

- a. die Bruttoleistungen für Arzneimittel und 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 Absatz 1 berechneten Gruppendurchschnitte im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

³ Aus den erwarteten Gesamtnettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen nach Absatz 2 werden pro versicherte Person im Kanton die erwarteten durchschnittlichen Nettoleistungen aller Versicherer über alle Risikogruppen hinweg (Gesamtdurchschnitt) für das Ausgleichsjahr ermittelt.

⁴ Die Versicherer bezahlen für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der nach Absatz 1 ermittelte Gruppendurchschnitt unter dem Gesamtdurchschnitt nach Absatz 3 liegt, eine Risikoabgabe, welche der Differenz zwischen dem Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

⁵ Die Versicherer erhalten für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der nach Absatz 1 ermittelte Gruppendurchschnitt über dem Gesamtdurchschnitt nach Absatz 3 liegt, einen Ausgleichsbeitrag, welcher der Differenz zwischen dem Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

⁶ Die Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, leisten keine Risikoabgaben und erhalten keine Ausgleichsbeiträge für das Ausgleichsjahr. Ihre Daten werden bei der Berechnung nach Absatz 1 nicht berücksichtigt. Die Daten von aufgelösten Versicherern, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach Artikel 11 KVG übertragen wurde, werden aber bei der Berechnung nach Absatz 1 berücksichtigt.

Art. 6a Ausnahmen für die Berechnung

¹ Bei Versicherten, die in dem für die Ermittlung der Arzneimittelkosten und der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim massgeblichen Kalenderjahr bis zum Jahresende bei einem anderen Versicherer versichert waren, werden nur die Indikatoren Alter und Geschlecht berücksichtigt. Diese Versicherten werden in die Risikogruppen nach Artikel 2d Absatz 2 für Versicherte ohne erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund des Aufenthalts in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr eingeteilt.

² Bei Versicherten, die in dem für die Ermittlung der Arzneimittelkosten und Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim massgeblichen Kalenderjahr unterjährig den Versicherer gewechselt haben, werden neben den Indikatoren Alter und Geschlecht auch die Kosten der zwischen dem Wechsel und dem Ende des massgeblichen Kalenderjahrs abgegebenen Arzneimittel, die vom neuen Versicherer abgerechnet werden, sowie die im gleichen Zeitraum erfolgten Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim, die vom neuen Versicherer abgerechnet werden, berücksichtigt. Diese Versicherten werden in eine der Risikogruppen nach Artikel 2d eingeteilt. Vom bisherigen Versicherer abgerechnete Arzneimittelkosten und Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim werden dem neuen Versicherer nicht gemeldet.

Art. 6b 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 insbesondere:

- a. Bestandesveränderungen in den Risikogruppen;
- b. die Veränderungen der Nettoleistungen;
- c. die bereits geleistete Risikoabgabe beziehungsweise den bereits erhaltenen Ausgleichsbeitrag.

Art. 7 Saldoabrechnungen, Statistik und Bericht Risikoausgleich

¹ ...

² Die gemeinsame Einrichtung ermittelt die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge und stellt jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung sowie dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Berechnungsunterlagen und die Saldoabrechnungen pro Versicherer, Kanton und für die ganze Schweiz zu.

³ Sie erstellt für jede Datenlieferung der Versicherer eine Statistik über die Versicherten und die Nettoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Risikogruppen pro Kanton und stellt diese dem Bund, den Kantonen, den Versicherern und ihren Verbänden zur Verfügung. Die Kosten für die Bereitstellung dieser Statistik fallen zulasten der gemeinsamen Einrichtung. Die Statistik kann auch weiteren Interessierten zugestellt werden.

⁴ Die gemeinsame Einrichtung erstattet jährlich Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs.

⁵ Der Inhalt des Berichts und der Statistik wird von der gemeinsamen Einrichtung und dem BAG gemeinsam festgelegt. Die beiden Vorlagen werden von der gemeinsamen Einrichtung jährlich veröffentlicht.

Art. 8 Wirkungsanalyse

Das BAG führt mit den Fachkreisen der Krankenversicherung eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durch. Zu untersuchen sind insbesondere die Wirkungen des Risikoausgleichs in Bezug auf die Kostenentwicklung bei den einzelnen Versicherern und in Bezug auf das Recht der Versicherten, den Versicherer zu wechseln. Das BAG bestimmt die technischen Einzelheiten der Untersuchung. Für die Erhebungsarbeiten und die Auswertung der Ergebnisse kann es ein wissenschaftliches Institut beziehen.

Art. 9 Verwaltungskosten

¹ Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege 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 11 Absatz 2.

Art. 10 Datenlieferung

¹ Die Versicherer liefern ihre nach Kantonen, Risikogruppen und Kalenderjahr ermittelten Daten über die Versichertenbestände, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen nach den Weisungen der gemeinsamen Einrichtung.

² Diese Daten sind der gemeinsamen Einrichtung bis Ende April des Ausgleichsjahres und des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres zu übermitteln.

^{2bis} Für die Datenlieferung sind die bis zwei Monate vor Ablauf der Frist zur Datenlieferung abgerechneten Nettoleistungen, die Arzneimittelkosten im Vorjahr, die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr sowie die Änderungen des Versichertenbestandes zu berücksichtigen, die das für die Datenerhebung massgebliche Kalenderjahr betreffen.

³ Melden die Versicherer eine fehlerhafte Datenlieferung erst nach Ablauf von 30 Tagen seit der Zustellung der Saldoabrechnungen nach Artikel 7 Absatz 2, so kann die gemeinsame Einrichtung die Neuberechnung des Risikoausgleichs verweigern.

⁴ Die Neuberechnung ist ausgeschlossen, wenn die Meldung mehr als 2 Jahre nach Ablauf der Frist nach Absatz 3 gemacht wird.

Art. 11 Kontrolle der Daten

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

^{1bis} Das BAG kann Weisungen über die durch die Revisionsstellen vorzunehmenden Prüfungen erlassen.

² Die gemeinsame Einrichtung überprüft mit den von ihr für diese Aufgabe bezeichneten Revisionsstellen die Richtigkeit und die Vollständigkeit der nach Artikel 10 gelieferten Daten mittels Stichproben.

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

Art. 12 Zahlungsfristen

¹ Für den Risikoausgleich jedes Ausgleichsjahres sind zu leisten:

- a. eine Akontozahlung;
- b. eine Zahlung aufgrund der Berechnung nach Artikel 6, abzüglich der bereits geleisteten Akontozahlung (Schlusszahlung).

² Die Akontozahlung beträgt die Hälfte der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrages des Risikoausgleichs für das vorletzte Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr. Sie ist zu leisten:

- a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an den Risikoausgleich: bis zum 15. Februar des Ausgleichsjahres;
- b. für Ausgleichsbeiträge durch den Risikoausgleich an die Versicherer: bis zum 15. März des Ausgleichsjahres.

³ Die Schlusszahlung ist zu leisten:

- a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an den Risikoausgleich: bis zum 15. August des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt;
- b. für Ausgleichsbeiträge durch den Risikoausgleich an die Versicherer: bis zum 15. September des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt.

⁴ Die den Versicherern geschuldeten Zahlungen sind von der gemeinsamen Einrichtung auch dann vorzunehmen, wenn nicht alle Versicherer ihre Zahlungen an den Risikoausgleich geleistet haben. Stehen am Stichtag noch Zahlungen der Versicherer aus, so kann die gemeinsame Einrichtung die Zahlungen aufgrund der eingegangenen Risikoabgaben vornehmen. Die ausstehenden Ausgleichsbeiträge sind nach deren Eingang zu entrichten und um die Einnahmen aus den Verzugszinsen nach Absatz 6 zu erhöhen.

⁵ Die Verrechnung von Forderungen und Schulden von Versicherern aus Risikoausgleichen verschiedener Jahre sowie aus Akonto- und Schlusszahlungen ist nicht zulässig. Dasselbe gilt für die Verrechnung von Forderungen und Schulden von unterschiedlichen Versicherern. Vorbehalten bleibt die Verrechnung von Forderungen und Schulden unterschiedlicher Versicherer bei deren späterer Fusion.

⁶ Die im Rahmen der Akontozahlung gegenüber der Berechnung nach Artikel 6 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. Die gemeinsame Einrichtung legt den Vergütungszins in Berücksichtigung der marktüblichen Zinse fest. Sie vergütet und fordert die Zinsen bis zum 31. Dezember des Jahres, welches dem Ausgleichsjahr folgt.

⁷ Versicherer, welche die geschuldeten Zahlungen nicht fristgerecht vornehmen, schulden der gemeinsamen Einrichtung einen Verzugszins von 6 Prozent pro Jahr.

Art. 12a Lieferung von fehlerhaften Daten

¹ Die gemeinsame Einrichtung kann den Versicherern, die fehlerhafte Daten geliefert haben, die sich zu ihren Gunsten ausgewirkt haben, nach der Verweigerung der Neuberechnung nach Artikel 10 Absätze 3 und 4 den ihnen daraus entstandenen Vorteil in Rechnung stellen. Der daraus erhaltene Betrag wird den anderen Versicherern gemäss deren umsatzmässigen Beteiligung (Abgaben und Beiträge) am entsprechenden Risikoausgleich ausbezahlt.

² Die Ansprüche von Versicherern, die fehlerhafte Daten geliefert haben, die sich zu ihren Ungunsten ausgewirkt haben, verwirken mit der Verweigerung der Neuberechnung nach Artikel 10 Absätze 3 und 4.

³ Handelt es sich bei den Beträgen nach Absatz 1 um Bagatellbeträge, so kann die gemeinsame Einrichtung diese zusammen mit den Zinserträgen nach Artikel 13a auszahlen.

Art. 13 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 geäufnet. Mittel dieses Fonds werden von der gemeinsamen Einrichtung verwendet, um bei geringfügigen Zahlungsausständen die Ausgleichsbeiträge ohne Kürzung termingemäss auszahlen zu können.

² Die gemeinsame Einrichtung erlässt ein Fondsreglement, das insbesondere regelt, wie die Mittel verwendet werden. Das Reglement bedarf der Genehmigung durch das EDI.

Art. 13a Zinserträge

Auflaufende Zinsen, welche den Betrag von 500 000 Franken übersteigen, werden den Versicherern zurückvergütet. Die Höhe der Zinsvergütung richtet sich nach der umsatzmässigen Beteiligung der Versicherer am Risikoausgleich im Vorjahr. Die gemeinsame Einrichtung vergütet jeweils bis spätestens Ende September die Zinseinnahmen des Vorjahres.

Art. 14 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 Verarbeitung der Daten beauftragt werden, sind ebenfalls zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet.

² Die gesammelten Daten dürfen nur für die Durchführung des Risikoausgleichs und die Erstellung der Statistik verwendet werden.

Art. 15 Verfahren und Rechtspflege

¹ 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 1968 über das Verwaltungsverfahren.

² ...

Art. 16 Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen

¹ Die gemeinsame Einrichtung kann Versicherern, die ihrer Datenlieferungs- und Zahlungspflicht nicht in genügender Weise nachkommen oder fehlerhafte Daten liefern, den dadurch entstandenen Mehraufwand in Rechnung stellen.

² Bei Versicherern, die trotz Aufforderung durch das BAG am Risikoausgleich nicht teilnehmen, kann das BAG dem Departement den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragen. Dasselbe gilt, wenn Versicherer trotz schriftlicher Mahnung der gemeinsamen Einrichtung ihrer Datenlieferungs- und Zahlungspflicht in wiederholter Weise nicht nachkommen.

Art. 17 Schlussbestimmungen

¹ Die Verordnung IX vom 31. August 1992 über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen (Verordnung IX) wird aufgehoben.

² und ³...

⁴ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

⁵⁻⁷ ...

....

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 15. Oktober 2014

¹ Die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahr 2017 für den Risikoausgleich 2016 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2016 erfolgen nach bisherigem Recht.

² Die Versicherer müssen im Jahr 2017 beziehungsweise 2018 in der Lage sein, der gemeinsamen Einrichtung die Daten für die Jahre 2015 und 2016 beziehungsweise für die Jahre 2016 und 2017 für den Risikoausgleich nach der Änderung vom 15. Oktober 2014 dieser Verordnung zu liefern.