

Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)

Inkrafttreten der Änderungen auf den 1. Januar 2017,
Artikel 6 Absatz 6 und Absatz 2 der Übergangsbestimmungen auf den 1. Januar 2015 vorgesehen.

Kommentar und Inhalt der Änderungen

Bern, Juni 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Die Revision im Überblick	3
3	Bestimmungen	4
3.1	Ingress.....	4
3.2	Artikel 2 Erhöhtes Krankheitsrisiko	4
3.3	Artikel 2a Indikator Alter	4
3.4	Artikel 2b Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr	4
3.5	Artikel 2c Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr.....	5
3.6	Artikel 2d Einteilung der Versicherten in Risikogruppen	5
3.7	Artikel 6 Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge	7
3.8	Artikel 6a Ausnahmen für die Berechnung	7
3.9	Artikel 6b Berechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich	8
3.10	Artikel 10 Datenlieferung.....	8
3.11	Artikel 13 Fonds	9
3.12	Artikel 17 Schlussbestimmungen	9
3.13	Übergangsbestimmung zur Änderung vom	9
3.14	In-Kraft-Treten.....	9

1 Ausgangslage

Die eidgenössischen Räte haben am 21. März 2014 den Risikoausgleich ohne Befristung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verankert und eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs beschlossen (BBl 2014 2861). Während nach dem geltenden Recht neben Alter und Geschlecht nur der „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ als Indikator für ein erhöhtes Krankheitsrisiko gilt, kann neu der Bundesrat in der Verordnung weitere geeignete Indikatoren der Morbidität festlegen.

Die beschlossene Gesetzesänderung untersteht dem fakultativen Referendum.

Mittelfristig möchte der Bundesrat den Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen als zusätzlichen Morbiditätsindikator ergänzen. Da die Einführung dieses neuen Indikators jedoch eine längere Vorlaufzeit bedingt, ist eine Übergangslösung erforderlich, um eine frühere Einführung des weiter verfeinerten Risikoausgleichs im Sinne der verabschiedeten Gesetzesänderung zu ermöglichen.

Es ist deshalb vorgesehen, die VORA in zwei Phasen zu revidieren. Mit der vorliegenden ersten Revision soll eine Übergangslösung in Kraft treten. Erst nach der Durchführung von Probeläufen soll eine zweite Revision der VORA mit dem Einbezug des Indikators pharmazeutische Kostengruppen in Kraft treten. Diese zweite Revision der VORA wird in Abhängigkeit davon, ob ein oder zwei Probeläufe durchgeführt werden müssen, erstmals für den Risikoausgleich 2019 oder 2020 zur Anwendung kommen.

2 Die Revision im Überblick

Mit der vorliegenden ersten Revision der VORA tritt eine Übergangslösung in Kraft. Neben den bisherigen Ausgleichsfaktoren Alter, Geschlecht und „Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ wird neu auch der Indikator „Arzneimittelkosten im Vorjahr“ in der Risikoausgleichsformel berücksichtigt.

Für die Berechnung des Risikoausgleichs werden die Versicherten weiterhin in Risikogruppen eingeteilt. Neu wird bei jeder versicherten Person zuerst geprüft, ob sie die Voraussetzungen für den Indikator „Arzneimittelkosten im Vorjahr“ erfüllt, d.h. ob ihre Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr über 5000 Franken lagen. Solche Versicherte werden ausgeschieden und aufgrund des Vorhandenseins eines Aufenthaltes im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr in zwei Risikogruppen eingeteilt. In der Folge werden die übrigen Versicherten aufgrund der Morbiditätsindikatoren Alter, Geschlecht und „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ in weitere Risikogruppen eingeteilt. Für Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators „Arzneimittelkosten im Vorjahr“ oder des Indikators „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ sowie für Versicherte, die die Voraussetzungen beider Indikatoren erfüllen, erhält der Versicherer höhere Beiträge aus dem Risikoausgleich resp. muss der Versicherer weniger hohe Abgaben in den Risikoausgleich leisten als für Versicherte in Risikogruppen ohne „Arzneimittelkosten im Vorjahr“ und ohne „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“.

Der Einbezug des neuen Indikators erlaubt es, auch kostenintensive Versicherte, die keinen stationären Aufenthalt im Vorjahr aufweisen, zu erkennen und die Versicherer entsprechend zu entlasten. Der Anreiz zur Risikoselektion bei Versicherten, die besonders von Risikoselektion betroffen sind, kann damit gesenkt werden.

3 Bestimmungen

3.1 Ingress

Das Parlament hat den Risikoausgleich ins ordentliche Recht überführt. Entsprechend ist die neue gesetzliche Grundlage in der VORA aufzuführen.

3.2 Artikel 2 Erhöhtes Krankheitsrisiko

Schon im geltenden Recht werden die Versicherten für die Berechnung des Risikoausgleichs nach ihrem Alter, Geschlecht und ihrem erhöhten Krankheitsrisiko, welches allein durch das Vorhandensein eines Aufenthaltes in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr bestimmt wird, in Risikogruppen eingeteilt. Nach einer neuen Terminologie des Gesetzgebers wird das erhöhte Krankheitsrisiko neu durch das Alter, das Geschlecht und weitere geeignete Indikatoren der Morbidität, die der Bundesrat festlegen kann, abgebildet. Mit dieser Revision legt der Bundesrat wie oben beschrieben für eine Übergangslösung den neuen Indikator "Arzneimittelkosten im Vorjahr" fest und behält den bisherigen Indikator "Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr" bei. Somit wird das erhöhte Krankheitsrisiko durch vier Indikatoren der Morbidität abgebildet; sie werden in den nachfolgenden Bestimmungen definiert. Die Einteilung der Versicherten in Risikogruppen (bisheriger Artikel 2 Absatz 1) ist neu in Artikel 2d geregelt.

3.3 Artikel 2a Indikator Alter

Diese Bestimmung übernimmt inhaltlich den bisherigen Artikel 2 Absatz 2. Er wird lediglich in sprachlicher Hinsicht leicht angepasst und strukturiert.

3.4 Artikel 2b Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr

Absatz 1

In Absatz 1 ist der neue Morbiditätsindikator definiert. Zu berücksichtigen sind die Bruttoleistungen (Nettoleistungen plus Kostenbeteiligungen) im Vorjahr für Arzneimittel, deren Kosten von der OKP übernommen werden, sofern sie über 5000 Franken liegen und die Arzneimittel nicht in einer Pauschale enthalten sind. Versicherte, deren so definierte Bruttoleistungen für Arzneimittel über 5000 Franken im Vorjahr liegen, erfüllen demnach die Voraussetzungen für den Morbiditätsindikator „Arzneimittelkosten im Vorjahr“.

Nicht berücksichtigt werden z.B. die Arzneimittelkosten, die von anderen Versicherungen übernommen werden. Diese Versicherungen übernehmen bei diesen Fällen in der Regel auch die weiteren Heilungskosten, so dass diese Personen für die OKP im Folgejahr nicht ein erhöhtes Risiko mit mutmasslich hohen Kosten darstellen. Als Arzneimittel, für welche Leistungen aus der OKP erbracht werden, gelten alle Arzneimittel der Spezialitätenliste (SL) bei Anwendung innerhalb der von Swissmedic zugelassenen Indikation und vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigten Limitierung. Ebenfalls aus der OKP vergütet werden, sofern eine Kostengutsprache des Krankenversicherers vorliegt, Arzneimittel der SL bei Anwendung ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung gemäss Art. 71a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sowie nicht in die SL aufgenommene oder in der Schweiz nicht zugelassene Arzneimittel gemäss Artikel 71b KVV.

Versicherer verfügen nur über Angaben zu den ihren Versicherten verabreichten Arzneimitteln, sofern diese nicht über Pauschalen, wie sie im stationären Bereich angewandt werden, sondern über eine separate Rechnung abgerechnet werden. Nur diese Angaben können vom Versicherer auswertbar erfasst werden. Aus diesem Grund werden Arzneimittel, die über Pauschalen verrechnet werden, nicht berücksichtigt.

Ziel der Revision ist es, die Versicherer auch für Versicherte angemessen zu entschädigen, die vorwiegend ambulant behandelt werden. Der heute berücksichtigte Indikator „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ erfasst die teuren stationären Fälle bereits. Aus diesem Grund ist es unproblematisch, lediglich die Bruttoleistungen für jene Arzneimittel zu berücksichtigen, die nicht über Pauschalen abgegolten werden.

Um den Schwellenwert in der richtigen Höhe festzulegen, hat das BAG eine Umfrage bei den Krankenversicherern durchgeführt. Aufgrund deren Resultate erweist sich ein Schwellenwert von 5000 Franken als sinnvoll. Ein Anteil von rund 2,3 Prozent der erwachsenen Versicherten hatte Bruttoleistungen für Arzneimittel über 5000 Franken. Es ist zu erwarten, dass insbesondere Versicherte mit Nierenerkrankungen, HIV/AIDS, bösartigen Tumoren, Diabetes Typ 1 und Morbus Parkinson die Kostenschranke von 5000 Franken häufig übertreffen. Hingegen dürften z.B. die Versicherten mit Asthma oder Herzkrankheiten in der Regel Bruttoleistungen für Arzneimittel unter 5000 Franken aufweisen und deshalb die Voraussetzungen für den Indikator "Arzneimittelkosten im Vorjahr" nicht erfüllen.

Indem der Schwellenwert über der höchsten Franchisestufe von 2500 Franken liegt, bleiben den Versicherern, die den tiers garant anwenden, keine Versicherten mit Bruttoleistungen für Arzneimittel über dem Schwellenwert unbekannt, und es gehen ihnen keine Entschädigungen verloren. Damit ist auch sichergestellt, dass die Zahlungsart der Versicherer im Bereich Apotheke keinen Einfluss darauf hat, ob ihre Versicherten den neuen Indikator erfüllen.

Mit dem Einbezug des neuen Indikators wird, gemäss der vom BAG durchgeführten Umfrage, die Erklärungskraft der Risikoausgleichsformel (R^2) von heute 17 Prozent auf 28 Prozent erhöht.

Absatz 2

Um zu bestimmen, ob Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr angefallen sind, muss klar sein, wie diese Bruttoleistungen auf die Kalenderjahre zuzuteilen sind. In Absatz 2 wird daher festgehalten, dass für die Zuteilung der Bruttoleistungen für Arzneimittel auf die Kalenderjahre das Abgabedatum massgebend ist. Eine analoge Bestimmung findet sich in Artikel 2b Absatz 3 auch für die Zuteilung der Aufenthalte auf die Kalenderjahre. Als Abgabedatum ist das auf der Rechnung des Leistungserbringers aufgeführte Datum der effektiven Abgabe der Arzneimittel durch den Leistungserbringer an die versicherte Person zu verstehen. Nicht relevant ist der Zeitpunkt, an dem die abgegebenen Arzneimittel von der versicherten Person eingenommen werden.

3.5 Artikel 2c Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr

Absätze 1 bis 3

Der bisher einzige Indikator für das erhöhte Krankheitsrisiko, der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, war in den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich) im KVG und in Artikel 2a dieser Verordnung umschrieben. Der Bundesrat hält, wie bereits oben ausgeführt, an diesem Morbiditätsindikator fest (vgl. Art. 2 Bst. d.). In sprachlicher Hinsicht leicht angepasst und neu strukturiert, übernimmt der neue Artikel 2c die Absätze 2 bis 4 des geltenden Artikels 2a. Der Normgehalt bleibt gleich.

3.6 Artikel 2d Einteilung der Versicherten in Risikogruppen

Mit der Einführung des zusätzlichen Indikators "Arzneimittelkosten im Vorjahr" muss auch die Einteilung der Versicherten in die einzelnen Risikogruppen angepasst werden. In den folgenden Absätzen wird die Gruppenbildung spezifiziert.

Absatz 1

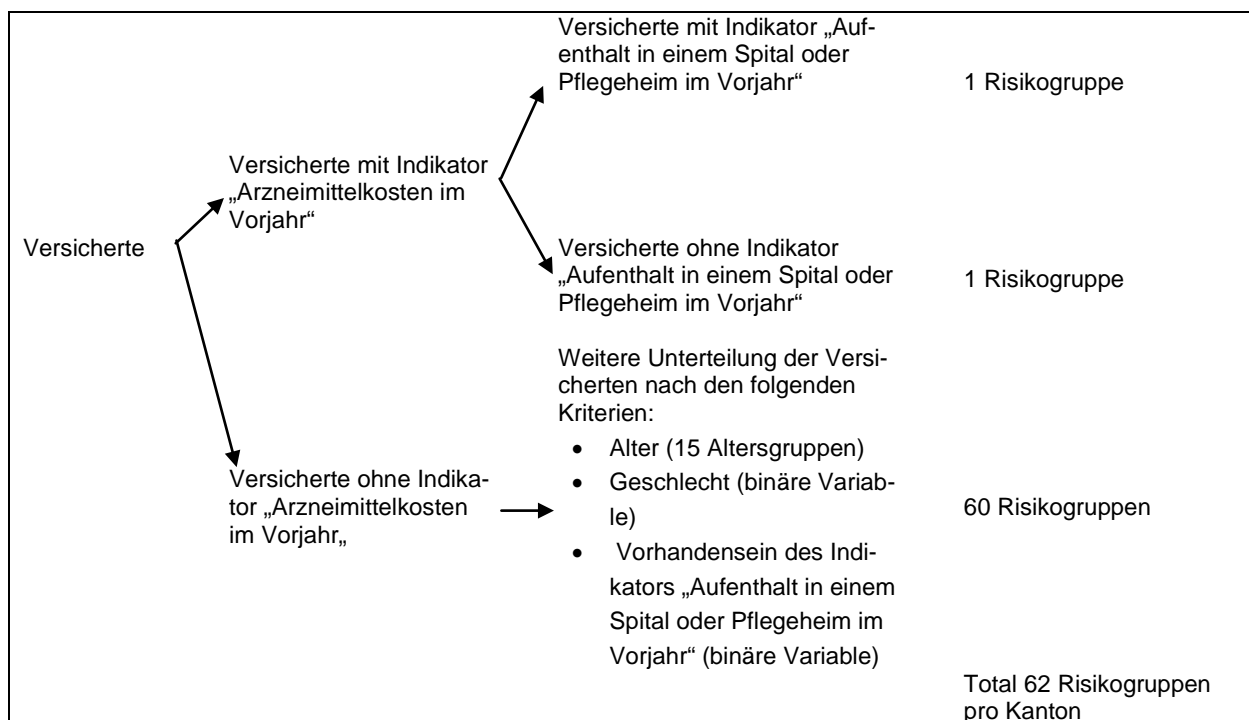
Neu werden nicht mehr alle Versicherten einer Gruppe nach dem Alter und dem Geschlecht zugeordnet. In einem ersten Schritt werden die Versicherten mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators "Arzneimittelkosten im Vorjahr" ausgeschieden. In einem zweiten Schritt werden diese Versicherten in zwei Risikogruppen eingeteilt: die erste Gruppe umfasst die Versicherten mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ (Art. 2c Abs. 1), die zweite Gruppe umfasst die Versicherten ohne erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“. Eine weitere Unterteilung nach Alter und Geschlecht findet innerhalb dieser beiden Risikogruppen nicht statt. Dies aus folgendem Grund: Untersuchungen des BAG in Zusammenarbeit mit Versicherern haben gezeigt, dass bei Versicherten mit Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr über 5000 Franken, mit steigendem Alter keine höheren Durchschnittsleistungen feststellbar sind. Auch das Geschlecht hat in diesen Risikogruppen keinen signifikanten Einfluss auf die Durchschnittsleistungen. Die weitere Unterteilung der Versicherten in die beiden Gruppen a) Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators "Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr" und b) Versicherte ohne erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators "Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr" ist dadurch begründet, dass Versicherte, welche die Voraussetzungen für beide Indikatoren erfüllen, höhere Durchschnittsleistungen haben als Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko lediglich aufgrund des Indikators "Arzneimittelkosten im Vorjahr".

Diese Regelung hat den Vorteil, dass die Anzahl Risikogruppen nicht unnötig erhöht wird. Bei zu vielen Risikogruppen besteht nämlich die Gefahr, dass die Bestände in den einzelnen Gruppen extrem klein werden oder gar einzelne Gruppen unbesetzt sind.

Absatz 2

Die übrigen Versicherten werden wie bisher nach den Indikatoren Alter, Geschlecht und "Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr" in weitere Risikogruppen eingeteilt. Damit erhöht sich die Anzahl Risikogruppen pro Kanton von heute 60 auf 62.

Die Einteilung der Versicherten in die Risikogruppen kann wie folgt dargestellt werden:



3.7 Artikel 6 Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge

Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a

Durch den Einbezug des neuen Morbiditätsindikators müssen bei dieser Bestimmung die Absätze 1 und 2 ergänzt werden. Zudem wird neu, wie in Artikel 2d, die Formulierung "Einteilung der Versicherten in Risikogruppen" verwendet (sprachliche Anpassung).

Absatz 6

Mit der vorliegenden Regelung wird sichergestellt, dass lediglich Versicherer, die im Ausgleichsjahr als Versicherer tätig sind oder deren Vermögen und Versichertenbestand nach dem Entzug der Bewilligung durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen wurde, an den Berechnungen und Zahlungen für den entsprechenden Risikoausgleich teilnehmen. Ohne diese Ausnahmebestimmung müssten auch aufgelöste Versicherer, deren Vermögen und Versichertenbestand nach dem Entzug der Bewilligung nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen wurde, noch Akontozahlungen leisten und Daten liefern für die Berechnung im Ausgleichsjahr. Die Akontozahlung und die Berechnung des Risikoausgleichs im Ausgleichsjahr basieren nämlich auf Daten aus früheren Jahren. Im Rahmen der Berechnung des Risikoausgleichs im Folgejahr müssten die Beträge von der gemeinsamen Einrichtung wieder zurückbezahlt werden. Mit der vorgeschlagenen Regelung werden solche Zahlungen und Rückzahlungen künftig vermieden.

3.8 Artikel 6a Ausnahmen für die Berechnung

Nach Artikel 17 Absatz 3 der Gesetzesänderung vom 21. März 2014 kann der Bundesrat bei den Indikatoren der Morbidität Ausnahmen für die Berechnung des Risikoausgleichs vorsehen. Auf dieser gesetzlichen Grundlage erlässt der Bundesrat zwei Ausnahmen für jene Versicherten, die in dem für die Ermittlung der Arzneimittelkosten und der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim massgeblichen Kalenderjahr den Versicherer gewechselt haben (Versicherungswechsler). Seit dem Einbezug des Indikators "Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr" müssen bei diesen Versicherten alle Vor- und Nachversicherer diverse Angaben austauschen, um sie korrekt in Risikogruppen einteilen zu können. Der Aufwand für diesen Datenaustausch ist infolge hoher Anforderungen des Datenschutzes unverhältnismässig hoch. Der Datenaustausch ist nur über eine zentrale Meldestelle möglich, was sowohl bei den Versicherern (für die Datenlieferung und deren Revision) als auch bei der gemeinsamen Einrichtung (für den Betrieb der zentralen Meldestelle bei der Sasis AG und deren Revision) administrative Kosten verursacht. Mit dem zusätzlichen Morbiditätsindikator und künftig mit den pharmazeutischen Kostengruppen würde dieser Datenaustausch noch komplexer. Die Gefahr von Datenlieferungsfehlern, welche bei sämtlichen Versicherern die Überprüfung und allenfalls die Korrektur ihrer Datenlieferungen nach sich ziehen könnte, würde zunehmen und das Vertrauen in das System des Risikoausgleichs könnte sinken. Aus diesen Gründen soll künftig von diesem Datenaustausch abgesehen werden können. Dies ist möglich, indem für die Versicherungswechsler folgende Ausnahmen gelten:

Absatz 1

Bei Versicherten, die in dem für die Ermittlung der Arzneimittelkosten und der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim massgeblichen Kalenderjahr per Jahresende den Versicherer gewechselt haben, sollen nur noch die Indikatoren Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. Sie 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. Ein Austausch von Daten vom Vorversicherer an den Nachversicherer ist nicht mehr nötig. Diese einfachere Berechnung ist nach Ansicht des Bundesrates auch gerechtfertigt, weil der Anteil der Wechsler mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators "Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr" geringer war als in der gesamten Population. Untersuchungen zeigen überdies, dass die chronischkranken Versicherten mit hohen Arzneimittelkosten ebenfalls nur selten den Versicherer wechseln. Auf den gesamten Risikoausgleich wirkt sich diese Ausnahme kaum aus.

Absatz 2

Bei Versicherten, die in dem für die Ermittlung der Arzneimittelkosten und der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim massgeblichen Kalenderjahr unterjährig den Versicherer gewechselt haben, soll jedoch der neue Versicherer neben den Indikatoren Alter und Geschlecht auch die Kosten der zwischen dem Wechsel und dem Ende des massgeblichen Kalenderjahrs abgegebenen Arzneimittel und die im gleichen Zeitraum erfolgten Aufenthalte im Spital oder Pflegeheim berücksichtigen können, die ihm *ohne Datenaustausch* bekannt sind und die er abrechnet. Vom Vorversicherer abgerechnete Arzneimittelkosten und Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim werden auch bei diesen Versicherten dem neuen Versicherer nicht gemeldet. Diese Versicherten können somit die Voraussetzungen für die Indikatoren "Arzneimittelkosten im Vorjahr" und "Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr" erfüllen und werden entsprechend in eine der bestehenden Risikogruppen eingeteilt. Diese Regelung betrifft also lediglich Versicherte, die unterjährig zu einem Versicherer stossen und dann über das Jahresende hinaus bei diesem Versicherer weiterversichert sind. Sie ist gerechtfertigt, weil der Versicherer die ihm - ohne Datenaustausch - bekannten Daten im Sinne des Risikoausgleichs bereits berücksichtigen kann.

Die bisherige Regelung in Artikel 6a für das Vorgehen bei Versicherten, die den Versicherer wechseln, fällt weg.

3.9 Artikel 6b Berechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich

Im geltenden Artikel 6b werden die Versicherer angehalten, Rückstellungen für die noch zu bezahlenden Risikoabgaben zu bilden. Der für die Krankenversicherer aktuell geltende Kontenplan sieht Rechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich vor. Rückstellungen für den Risikoausgleich sind hingegen nicht mehr aufgeführt. Aufgrund der neuen Terminologie im Kontenplan wird auch der Artikel 6b angepasst und die Krankenversicherer werden verpflichtet, die notwendigen Rechnungsabgrenzungen zu bilden.

Der geltende Kontenplan sieht zudem vor, dass auch noch ausstehende zusätzliche Beiträge aus dem Risikoausgleich beim Jahresabschluss abgegrenzt und bilanziert werden. Dazu besteht ein separates Konto im geltenden Kontenplan. Aus diesem Grund wird Artikel 6b ergänzt. Die Versicherer werden verpflichtet, auch für die erwarteten Ausgleichsbeiträge Rechnungsabgrenzungen zu bilden. Dies entspricht der mit dem neuen Kontenplan eingeführten „true and fair view“.

Die Rechnungsabgrenzung erfolgt auf Basis der Bestandesveränderungen in den Risikogruppen, der Veränderung der Nettoleistungen sowie der bereits geleisteten Risikoabgaben resp. den bereits erhaltenen Ausgleichsbeiträgen.

3.10 Artikel 10 Datenlieferung

Absatz 1

Die Definition der Bruttoleistungen ist neu in Artikel 2b Absatz 1; deshalb ist sie in Artikel 10 nicht mehr nötig. Bei dieser Gelegenheit wird in Absatz 1 der zweite Satz entfernt. In der Praxis wurde ein solches Formular nicht verwendet.

Absatz 2^{bis}

In diesem Absatz ist festgehalten, welche Leistungen und Mutationen für die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung berücksichtigt werden müssen. Auch beim neuen Indikator "Arzneimittelkosten im Vorjahr" werden die bis zwei Monate vor Ablauf der Frist zur Datenlieferung, d.h. die bis Ende Februar, abgerechneten Bruttoleistungen für Arzneimittel für die Beurteilung, ob ein Versicherter die Voraussetzungen für den Indikator "Arzneimittelkosten im Vorjahr" erfüllt, berücksichtigt. Aufgrund dieser Beurteilung erfolgt die Einteilung in die entsprechende Risikogruppe, für die der Versicherer Daten an die gemeinsame Einrichtung liefern muss.

Weil neu keine Daten mehr von Versicherer zu Versicherer übermittelt werden (vgl. Art. 6a), kann Absatz 2^{bis} gekürzt werden. Sodann werden zwei Begriffe präzisiert und sprachliche Verbesserungen angebracht.

3.11 Artikel 13 Fonds

Absätze 1 und 2

Der Gesetzgeber hat den Risikoausgleich ohne Befristung im Gesetz verankert. Deshalb wird in Absatz 1 der letzte Satz gelöscht und in Absatz 2 der zweite Satz gekürzt.

In der französischen Version wird bei dieser Gelegenheit in Absatz 1 ein sprachlicher Fehler behoben.

3.12 Artikel 17 Schlussbestimmungen

Absätze 4 - 7

Infolge der Aufhebung der Befristung des Risikoausgleichs ist auch die bisher befristete Verordnung in eine unbefristete zu ändern. Sämtliche Befristungen/Verlängerungen in den Absätzen 4 - 7 der geltenden VORA werden deshalb gelöscht. Die Fussnote in Absatz 4 hat den Zweck, einerseits transparent zu machen, wieso im Jahr 2014 ein Inkrafttreten 1996 festgelegt wird, und andererseits über die Angabe der AS-Fundstellen der einzelnen Verlängerungen sicherzustellen, dass die früheren Fassungen rekonstruiert werden können.

3.13 Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

Absatz 1

In der Übergangsbestimmung der Revision wird festgehalten, dass die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahr 2017 für den Risikoausgleich 2016 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2016 nach bisherigem Recht erfolgen. Hingegen erfolgt die Datenlieferung der Versicherer im Jahr 2017 für den Risikoausgleich 2017 nach neuem Recht.

Absatz 2

Zudem wird in Absatz 2 präzisiert, dass die Versicherer ab dem Jahr 2017 in der Lage sein müssen, aufgrund der in den Jahren 2015 und 2016 erhobenen Daten Datenlieferungen für den Risikoausgleich gemäss vorliegender Verordnung vorzunehmen.

3.14 In-Kraft-Treten

Absatz 1

Mit Ausnahme von Absatz 2 der Übergangsbestimmung, der am 1. Januar 2015 in Kraft treten soll, soll die Verordnung auf den 1. Januar 2017, zusammen mit der Änderung des KVG vom 21. März 2014 in Kraft treten.

Absatz 2

Aufgrund der prospektiven Berechnung des Risikoausgleichs (Vergangenheitsbemessung) ist es sinnvoll, Artikel 6 Absatz 6 bereits auf den 1. Januar 2015 in Kraft zu setzen. Somit müssen aufgelöste Versicherer, deren Vermögen und Versichertenbestand nach dem Entzug der Bewilligung nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen wurde, keine Akontozahlungen mehr leisten, die ihnen im Rahmen der Berechnung des Risikoausgleichs im Folgejahr von der gemeinsamen Einrichtung wieder zurückbezahlt werden müssten.

Das vorzeitige In-Kraft-Treten des Absatzes 2 der Übergangsbestimmung ist wie folgt zu erklären: Die Krankenversicherer müssen für den Risikoausgleich 2017, der im Jahr 2017 erstmals aufgrund der neuen Ausgleichsformel berechnet wird, bereits ab dem Jahr 2015 Daten sammeln. U.a. mittels der im

Jahr 2015 erstmals erfassten Bruttoleistungen für Arzneimittel wird die Einteilung der Versicherten in die einzelnen Risikogruppen vorgenommen. Für diese Risikogruppen müssen die Krankenversicherer im Jahr 2017 die Versicherungsmonate, Bruttoleistungen und Kostenbeteiligungen, angefallen im Jahr 2016, an die gemeinsame Einrichtung melden. Es ist daher unabdingbar, dass die Krankenversicherer die notwendigen Daten für die Datenlieferung im Jahre 2017 an die gemeinsame Einrichtung bereits in den Jahren 2015 und 2016 sammeln. Dies verdeutlicht auch der folgende Zeitplan:

Zeitplan Risikoausgleich 2017

Datenlieferungen, Berechnungen und Zahlungen		Juni 2016 Berechnung Akontozahlung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG (1/2 des RA 2015, der gleichzeitig berechnet wird)	15. Februar 2017 Zahlung Akontozahlung (Abgaben) durch die Krankenversicherer 15. März 2017 Zahlung Akontozahlung (Beiträge) an die Krankenversicherer 30. April 2017 Datenlieferung 1 durch die Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG Juni 2017 Berechnung Gruppendurchschnitte durch die Gemeinsame Einrichtung KVG. Diese werden in der Berechnung im Juni 2018 verwendet	30. April 2018 Datenlieferung 2 durch die Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG Juni 2018 Berechnung Risikoausgleich durch die Gemeinsame Einrichtung KVG (Berechnung Gesamtdurchschnitt, Abgabe- und Beitragssätze sowie Abgaben und Beiträge der Krankenversicherer) 15. August 2018 Schlusszahlung aufgrund der Berechnung des Risikoausgleichs (Abgaben) durch die Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Akontozahlung 15. September 2018 Schlusszahlung aufgrund der Berechnung des Risikoausgleichs (Beiträge) an die Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Akontozahlung
	2015	2016	2017	2018
Datenerfassung	Erfassung der Arzneimittelkosten und Aufenthalte im Spital oder Pflegeheim durch die Krankenversicherer für die Datenlieferung 1	Erfassung Versicherungsmonate, Bruttoleistungen, Kostenbeteiligung in den einzelnen Risikogruppen durch die Krankenversicherer für die Datenlieferung 1 Erfassung der Arzneimittelkosten und Aufenthalte im Spital oder Pflegeheim durch die Krankenversicherer für die Datenlieferung 2	Erfassung Versicherungsmonate in den einzelnen Risikogruppen durch die Krankenversicherer für die Datenlieferung 2	