

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

Änderungen vorgesehen für den 1. Januar 2012, Absatz 2 der Übergangsbestimmungen für den 1. Januar 2010

Kommentar und Inhalt der Änderungen

Bern, 27. August 2009

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Bestimmungen	3
2.1	Umfang des Risikoausgleiches (Art. 1)	3
2.2	Risikogruppen (Art. 2)	3
2.3	Berücksichtigung des erhöhten Krankheitsrisikos (Art. 2a)	4
2.4	Durchschnittskosten (Art. 3)	6
2.5	Durchschnittliche Risikounterschiede (Art. 5)	6
2.6	Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge (Art. 6)	6
2.7	Saldoabrechnungen, Statistik und Bericht Risikoausgleich (Art. 7)	8
2.8	Datenlieferung (Art. 10)	8
2.9	Schlussbestimmungen (Art. 17)	8
2.10	Übergangsbestimmungen und In-Kraft-Treten	8

1 Einleitung

Das Parlament beschloss am 21. Dezember 2007, dass der Risikoausgleich ab dem Ausgleichsjahr 2012 aufgrund einer revidierten Ausgleichsformel zu berechnen ist. Bisher mussten Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen haben als der Durchschnitt aller Versicherer, der Gemeinsamen Einrichtung KVG zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen. Gemäss der revidierten Ausgleichsformel wird neben dem Alter und dem Geschlecht neu auch das erhöhte Krankheitsrisiko mitberücksichtigt. Zur Bestimmung dieses neuen Kriteriums im Risikoausgleich, ist der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, welcher länger als drei Tage dauert, massgebend.

Die beschlossene Gesetzesrevision machte eine Anpassung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA, SR 832.112.1) unumgänglich.

2 Bestimmungen

2.1 Umfang des Risikoausgleiches (Art. 1)

Artikel 1 erfährt keine materielle Änderung. Da der neue Risikoausgleich ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr in Artikel 105 des Gesetzes, sondern in der Übergangsbestimmung, geregelt ist, muss Artikel 1 der Verordnung angepasst werden.

2.2 Risikogruppen (Art. 2)

Zur Berechnung des Risikoausgleichs werden die Versicherten in Risikogruppen eingeteilt. Gemäss der beschlossenen Gesetzesrevision wird zur verstärkten Berücksichtigung des Krankheitsrisikos auf das Kriterium Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr zurückgegriffen. Das bedeutet, dass die Altersgruppen, die bis anhin nur nach dem Merkmal Geschlecht weiter unterteilt wurden, zusätzlich nach dem Kriterium Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr differenziert werden müssen, um Risikogruppen zu erhalten. Die Risikogruppen werden folglich durch folgende Kriterien gebildet:

- Alter,
- Geschlecht,
- Vorhandensein eines Aufenthaltes in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr.

Durch die Einführung des neuen Ausgleichskriteriums wird die Anzahl Risikogruppen pro Kanton verdoppelt. Eine Verdoppelung der Anzahl Risikogruppen von heute 30 auf 60 erhöht aber die Gefahr der Datenlieferungsfehler durch die Versicherer. Deshalb wurde eine Reduktion der Anzahl Altersgruppen und damit der Anzahl Risikogruppen zuerst in Erwägung gezogen, jedoch in der Folge abgelehnt, da eine Schätzung für den revidierten Risikoausgleich ergeben hat, dass der Wirkungsgrad des Risikoausgleichs bei einer geringeren Anzahl Altersgruppen schlechter ausgefallen wäre, als unter der vorliegenden Konzeption.

2.3 Berücksichtigung des erhöhten Krankheitsrisikos (Art. 2a)

In den folgenden Absätzen wird das neue Ausgleichskriterium, der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, welcher länger als drei Tage dauert, präzisiert:

Absatz 1: Beim Aufenthalt in einem Spital muss es sich um eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) handeln. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim muss eine Langzeitbehandlung im Sinne von Artikel 6 VKL sein. Zudem wird präzisiert, was unter dem Begriff "länger als drei Tage" zu verstehen ist. Zur Bestimmung der Aufenthaltsdauer wird auf die Anzahl aufeinanderfolgender Nächte im Spital oder Pflegeheim abgestellt. Berücksichtigt werden demnach Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim, die mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte gedauert haben.

Im Absatz 2 wird auf die Definition von Spitälern und Pflegeheimen in Artikel 39 des Gesetzes verwiesen. Berücksichtigt werden nur Schweizer Einrichtungen, da keine Legaldefinition für Spitäler und Pflegeheime im Ausland existiert. Zur Umsetzung eines Einbezugs von Aufenthalten in Spitälern und Pflegeheimen im Ausland müsste theoretisch für jeden Staat eine Liste mit allen anerkannten Spitälern und Pflegeheimen erstellt und natürlich laufend aktualisiert werden. Der weit überwiegende Teil der von den Schweizer Krankenversicherern über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechneten Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim betrifft Behandlungen in der Schweiz. Unter den Behandlungen im Ausland dominieren die Behandlungen in EG- und EFTA-Staaten, welche aufgrund des Personenfreizugigkeitsabkommens mit der EG resp. des revidierten EFTA-Abkommens im Rahmen der Leistungsaushilfe übernommen werden. In diesem Fall erfolgt die Rechnungsstellung des Leistungserbringers im Ausland an einen aushelfenden Träger. Dieser wiederum stellt der Verbindungsstelle des entsprechenden Staates in Form eines standardisierten Formulars Rechnung. Die Verbindungsstelle leitet dieses Formular an die Schweizer Verbindungsstelle, die Gemeinsame Einrichtung KVG, weiter. Von der Gemeinsamen Einrichtung KVG gelangt das Rechnungsformular zu den Schweizer Krankenversicherern. Auf den Rechnungsformularen mit der Bezeichnung E 125 resp. E 127 sind nur wenige Angaben zur Art der Behandlung vorhanden. V.a. in den Fällen, wo die Behandlungskosten in Form von Monatspauschalen, die unabhängig von einer Leistungserbringung anfallen, mittels Formular E 127 an den Schweizer Krankenversicherer verrechnet werden, erhält dieser keine Angaben zu den Leistungserbringern, die den Versicherten behandelt haben. Aber auch bei der Fakturierung der effektiven Kosten einer Behandlung eines Schweizer Versicherten im EG- resp. EFTA-Ausland - diese erfolgt mittels Formular E 125 - ist nicht zweifelsfrei festzustellen, ob der Versicherte einen stationären Aufenthalt in einer Institution im Sinn von Artikel 39 KVG aufweist. Ausserdem leiten einige Verbindungsstellen von EG- und EFTA-Staaten ihre Rechnungen erst 5 - 10 Jahre nach der Leistungserbringung an die schweizerische Verbindungsstelle weiter. Diese Daten würden daher so oder so nicht mehr berücksichtigt werden können, da die Frist zur Datenlieferung gemäss Artikel 10 längst abgelaufen wäre. Aus diesen Gründen wird darauf verzichtet, Aufenthalte in Spitälern oder Pflegeheimen im Ausland im revidierten Risikoausgleich zu berücksichtigen. Dies läuft zwar der Intention des Gesetzgebers entgegen, denn auch Personen, welche im Vorjahr einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Ausland hatten, werden in der Regel im Folgejahr ein höheres Krankheitsrisiko aufweisen, doch die vergleichsweise geringe Zahl an stationären Aufenthalten im Ausland rechtfertigt den immensen administrativen Mehraufwand und die Rechtsunsicherheit nicht. Der Anteil der Leistungsaushilfe für Schweizer Versicherte an den insgesamt von der OKP übernommenen Leistungen, berücksichtigt sind hier sowohl stationäre als auch ambulante Leistungen, beträgt gerade einmal 0,2 Prozent. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Nichtberücksichtigung dieser Aufenthalte vertretbar. Die vorgeschlagene Regelung stellt auch keine Diskriminierung einzelner Versicherer dar. Da der grösste Teil der Leistungsaushilfefalle von Personen mit vorübergehendem Aufenthalt verursacht wird, also von Schweizer Touristen, kann davon ausgegangen werden, dass es hier zu keiner Diskriminierung einzelner Versicherer kommt.

Weiter wird in Absatz 2 festgehalten, dass lediglich Aufenthalte in einem Spital- oder Pflegeheim im Vorjahr, für welche Leistungen aus der OKP erbracht wurden, im revidierten Risikoausgleich berücksichtigt werden. Auch Personen, welche im Vorjahr einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim hatten, welcher von einer anderen Versicherung übernommen wurde, werden in der Regel im Folge-

jahr ein höheres Krankheitsrisiko aufweisen. Diese Folgekosten sollten jedoch in der Mehrheit aller Fälle ebenfalls von dieser anderen Versicherung getragen werden.

In Absatz 3 wird festgehalten, dass Aufenthalte wegen Mutterschaft wie sie in Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe b des Gesetzes definiert sind, nicht als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko berücksichtigt werden.

Um zu bestimmen, ob ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr erfolgt ist, muss klar sein, auf welches Datum bei der Zuteilung der Aufenthalte auf die Kalenderjahre abzustellen ist. Der Gesetzestext legt nahe, dass hier das Behandlungsdatum gemeint ist. Es wird somit auf das Datum der Leistungserbringung abgestellt und nicht auf das Datum der Rechnungsstellung. In Absatz 4 wird zudem präzisiert, dass bei einem Aufenthalt, der über den Jahreswechsel hinausgeht, die Aufenthaltsdauer bis zum Ende des Kalenderjahres angerechnet wird. Die Fortdauer des Aufenthaltes im neuen Kalenderjahr wird diesem zugerechnet. Ein Aufenthalt mit einer Dauer von drei bis fünf Nächten, welcher über den Jahreswechsel erfolgt, wird demjenigen Jahr zugerechnet, in dem die Mehrzahl der Übernachtungen angefallen ist, bei je zwei Nächten wird der Aufenthalt dem Eintrittsjahr zugerechnet. Die Zuteilung der Aufenthalte auf die Kalenderjahre wird anhand der folgenden Beispiele erläutert:

Eintrittsdatum	Austrittsdatum	Kalenderjahr, in welchem der Aufenthalt berücksichtigt wird	Begründung
2. Juli 2010	8. Juli 2010	2010	Die Behandlung erfolgt vollständig im Jahr 2010.
25. Dezember 2010	2. Januar 2011	2010	Die Behandlung geht zwar über den Jahreswechsel hinaus, der Aufenthalt kann aber nur im Jahr 2010 berücksichtigt werden, weil nur da der Aufenthalt mindestens drei Nächte gedauert hat.
31. Dezember 2010	6. Januar 2011	2011	Die Behandlung geht zwar über den Jahreswechsel hinaus, der Aufenthalt kann aber nur im Jahr 2011 berücksichtigt werden, weil nur da der Aufenthalt mindestens drei Nächte gedauert hat.
30. Dezember 2010	3. Januar 2011	2010	Ein Aufenthalt mit einer Dauer von 4 Nächten, welcher über den Jahreswechsel mit je zwei Nächten pro Jahr erfolgt, wird dem Eintrittsjahr zugerechnet
22. Dezember 2010	6. Januar 2011	2010 und 2011	Die Behandlung geht über den Jahreswechsel hinaus. Der Aufenthalt kann sowohl im Jahr 2010 als auch im Jahr 2011 berücksichtigt werden, weil der Aufenthalt in beiden Jahren mindestens drei Nächte gedauert hat.
14. Juni 2005	der Versicherte befindet sich nach wie vor im Heim in Pflege	ab 2010	Versicherte, die über längere Zeit in einem Pflegeheim versorgt werden, werden jedes Jahr neu der Gruppe der Versicherten mit Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr zugeordnet, sofern der Aufenthalt im entsprechenden Jahr mindestens drei Nächte gedauert hat.

2.4 Durchschnittskosten (Art. 3)

Absatz 1 Buchstabe b erfährt keine grundsätzliche Änderung. In Artikel 2 wird jedoch neu definiert, dass die Risikogruppen nach Alter, Geschlecht und dem Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko gebildet werden. Aus diesem Grund kann in Artikel 3, wo von den Durchschnittskosten pro Risikogruppe gesprochen wird, darauf verzichtet werden, zu präzisieren, dass die Gruppendurchschnitte nach Geschlecht getrennt berechnet werden.

Bis anhin stellte sich das Problem der kleinen Versichertenbestände in bestimmten Risikogruppen v.a. bei den Versicherten in höheren Altersgruppen in kleinen Kantonen. Mit der Einführung des zusätzlichen Ausgleichskriteriums, dem Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, wird sich das Problem voraussichtlich auch in den Altersgruppen der jüngeren Versicherten stellen: Gerade in kleineren Kantonen wird die Risikogruppe der 18- bis 25-jährigen Männer, welche einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr aufweisen, eine sehr geringe Anzahl an Versicherten umfassen. Der Grund liegt darin, dass die Rate der Hospitalisierungen bei jüngeren Versicherten viel geringer ist als bei älteren Versicherten. In kleinen Risikogruppen wirken sich z.B. hohe Kostenfälle stärker aus, so dass dort starke Abweichungen vom durchschnittlichen Kostenverlauf wahrscheinlicher sind. In Absatz 3 wird deshalb die Grundlage dafür geschaffen, dass das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bei gehäuftem Auftreten von grossen Schwankungen in den Abgabe- und Beitragssätzen für die einzelnen Risikogruppen im zeitlichen oder regionalen Vergleich ein nach statistisch anerkannten Grundsätzen ausgestaltetes Glättungsverfahren zur Berechnung der massgebenden Gruppendurchschnitte festlegen kann. Zur Definition dieses Verfahrens gehört auch die Bestimmung der Fälle, in denen es zur Anwendung kommt. In der Folge könnte das Glättungsverfahren von der Gemeinsamen Einrichtung KVG unabhängig umgesetzt werden. Die Aufsichtsbehörde überwacht die korrekte Anwendung des Glättungsverfahrens durch die Gemeinsame Einrichtung KVG. Dazu gehören insbesondere die Fragen Wann und Wie das Verfahren angewandt wird. Es gibt zwar bereits im heute geltenden Artikel 3 Absatz 3 VORA eine ähnlich lautende Regelung, jedoch kam diese bisher nie zur Anwendung. In der neuen Regelung ist nicht mehr das BAG, sondern das EDI für die Definition des Glättungsverfahrens zuständig. Zudem wird davon abgesehen, dass die Gruppendurchschnitte im Einzelfall auf Antrag der Gemeinsamen Einrichtung KVG festgelegt werden müssen. Der Grund liegt darin, dass die im Risikoausgleich geltenden Fristen zu kurz sind, um das EDI auf Antrag der Gemeinsamen Einrichtung zur Berechnung der massgebenden Durchschnittskosten beizuziehen. Ist ein Glättungsverfahren definiert, muss die Gemeinsame Einrichtung KVG prüfen, ob die Bedingungen zur Anwendung des Verfahrens gegeben sind und wenn ja, das Glättungsverfahren anwenden.

2.5 Durchschnittliche Risikounterschiede (Art. 5)

In Absatz 1 wird, um die Terminologie zu vereinheitlichen, der Begriff "Durchschnittskosten" mit dem Begriff "Gruppendurchschnitt" ersetzt.

In den Absätzen 1 und 2 wurde jeweils der Zusatz "getrennt nach Geschlecht" gestrichen. Bitte vergleichen Sie hierzu den Kommentar zu Artikel 2 VORA, der eine Definition des Begriffs "Risikogruppe", die eine Aufteilung nach Geschlecht umfasst, enthält.

2.6 Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge (Art. 6)

Wie bis anhin erfolgt die Berechnung des Risikoausgleichs in einem zweistufigen Verfahren: Es gibt weiterhin einen provisorischen Risikoausgleich, welcher im Ausgleichsjahr berechnet wird und einen definitiven Risikoausgleich, dessen Berechnung im dem Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahr erfolgt.

Der provisorische Risikoausgleich ist in Absatz 1 beschrieben. Für die Berechnung des provisorischen Risikoausgleichs massgebend sind die folgenden Daten:

- Daten, welche im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr erhoben werden müssen:
 - Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim, die länger als drei Tage dauern.
Diese werden zur Bildung der Risikogruppen benötigt.
- Daten, welche im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr erhoben werden müssen
 - die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen,
 - die durchschnittlichen Risikounterschiede.

In Absatz 1^{bis} wird präzisiert, dass zur Bestimmung der massgebenden Kosten auf das Behandlungsdatum abgestellt wird.

Im Absatz 2 wird der definitive Risikoausgleich beschrieben. Die definitiven Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden im Jahr, welches dem Ausgleichsjahr folgt, festgesetzt. Im definitiven Risikoausgleich werden die im provisorischen Risikoausgleich berechneten Abgabe- und Beitragssätze übernommen. Zur Bildung der Risikogruppen sind die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr massgebend. Lediglich die Bestände in den einzelnen Risikogruppen werden neu ermittelt. Die Krankenversicherer haben also für die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs die folgenden Daten zu erfassen:

- Daten, welche im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr erhoben werden müssen:
 - Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim, die länger als drei Tage dauern.
Diese werden zur Bildung der Risikogruppen benötigt.
- Daten, welche im Ausgleichsjahr erhoben werden müssen
 - die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen.

In Absatz 2bis wird präzisiert, dass Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr auch bei einem Versichererwechsel berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass der Nachversicherer beim Vorversicherer in Erfahrung bringen muss, ob die neu versicherte Person einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr aufweist. Gemäss Artikel 84a des Gesetzes dürfen Versicherer Daten austauschen, wenn die Daten für die Erfüllung der ihnen nach dem KVG übertragenen Aufgaben erforderlich sind. Dazu gehört auch die korrekte Datenlieferung der Versicherer in den Risikoausgleich. Dieses Vorgehen entspricht somit den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Die Erhebung dieser Aufenthalte im Spital oder Pflegeheim beim Vorversicherer darf jedoch frühestens bei der Zustellung der Eintrittsbestätigung an den Vorversicherer erfolgen, also nicht bereits mit dem Antragsformular. Dies hat zwei Gründe: Erstens sollen die Versicherer nicht bereits mit dem Antragsformular Gesundheitsdaten erheben, die allenfalls zur Risikoselektion verwendet werden können. Zweitens werden die antragstellenden Versicherten nicht in der Lage sein, die Frage nach einem Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr im Sinne des Gesetzes korrekt zu beantworten. In den Absätzen 2ter und 2quater wird zudem präzisiert, dass der frühere Versicherer verpflichtet ist, dem späteren Versicherer die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim des Vorjahres zu melden. Ebenso hat ein früherer Versicherer dem späteren Versicherer die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim eines Versicherten zu melden, wenn dieser den Versicherer während der Dauer eines Kalenderjahres wechselt.

Da sich die Versichertenbestände der einzelnen Risikogruppen seit der Berechnung des provisorischen Risikoausgleichs verändert haben, wird im definitiven Risikoausgleich das Gleichgewicht zwischen Abgaben und Beiträgen (Nullsummenspiel) nur über einen Korrekturmechanismus erreicht. Absatz 3 bildet die rechtliche Grundlage dieses Korrekturverfahrens. Zahler- und Empfängerkassen haben beide den gleichen Anteil an der Differenz zwischen den berechneten Abgaben in den und den Beiträgen aus dem Risikoausgleich zu erbringen. Die Abgaben respektive Beiträge der einzelnen Versicherer werden dazu je mit einem Korrekturfaktor multipliziert.

2.7 Saldoabrechnungen, Statistik und Bericht Risikoausgleich (Art. 7)

Die Gemeinsame Einrichtung KVG wird in der heute geltenden VORA mal als „gemeinsame Einrichtung“, mal als „für die Durchführung des Risikoausgleichs zuständige Stelle“ und mal als „Durchführungsstelle“ bezeichnet. Dass die Gemeinsame Einrichtung KVG den Risikoausgleich durchführt, ist bereits auf Gesetzesstufe geregelt. In der VORA muss dies deshalb nicht noch einmal explizit festgehalten werden. Aus diesem Grund wird einerseits der Titel des Artikels 7 geändert und andererseits der bisherige Absatz 1 gestrichen.

Der bisherige Absatz 2 bezieht sich auf den bisherigen Absatz 1. Da der bisherige Absatz 1 gestrichen wird, muss "Sie" durch die damit gemeinte "gemeinsame Einrichtung" ersetzt werden.

Mit der Änderung von Artikel 7 wird die Terminologie in der VORA vereinheitlicht.

2.8 Datenlieferung (Art. 10)

Der Titel des Artikels 10 lautet neu nur noch "Datenlieferung" und nicht wie bis anhin "Datenlieferung an die Durchführungsstelle". Auch durch diese Änderung wird sichergestellt, dass eine einheitliche Terminologie in der VORA eingehalten wird.

In Absatz 1 wird der Zusatz "Geschlecht" gestrichen. Bitte vergleichen Sie hierzu den Kommentar zu Artikel 2 VORA, der eine Definition des Begriffs "Risikogruppe", die eine Aufteilung nach Geschlecht umfasst, enthält.

Der neue Absatz 2^{bis} regelt, welche Leistungen und Mutationen in der Datenlieferung erfasst werden müssen. Die Praxis zeigt, dass die Krankenversicherer im heutigen Risikoausgleich den Zeitpunkt des Datenabzugs zur Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung KVG sehr unterschiedlich wählen und dadurch Mutationen, die im neuen Kalenderjahr erfolgen, jedoch noch das alte Kalenderjahr betreffen, nicht in gleichem Ausmass berücksichtigen. Die neue Regelung gewährleistet eine einheitliche Umsetzung des Gesetzes durch die Krankenversicherer.

2.9 Schlussbestimmungen (Art. 17)

Die Gültigkeit der Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und damit auch die vorliegende Revision der VORA ist auf fünf Jahre nach In-Kraft-Treten befristet und laufen demnach Ende 2016 aus. Der Risikoausgleich 2016 soll noch nach der vorliegenden revidierten Verordnung berechnet werden. Die Datenlieferungen und die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs erfolgen jedoch immer erst im Folgejahr, d.h. der definitive Risikoausgleich 2016 wird erst im Jahr 2017 berechnet. Aus diesem Grunde wird die Geltungsdauer der Verordnung bis am 31. Dezember 2017 verlängert.

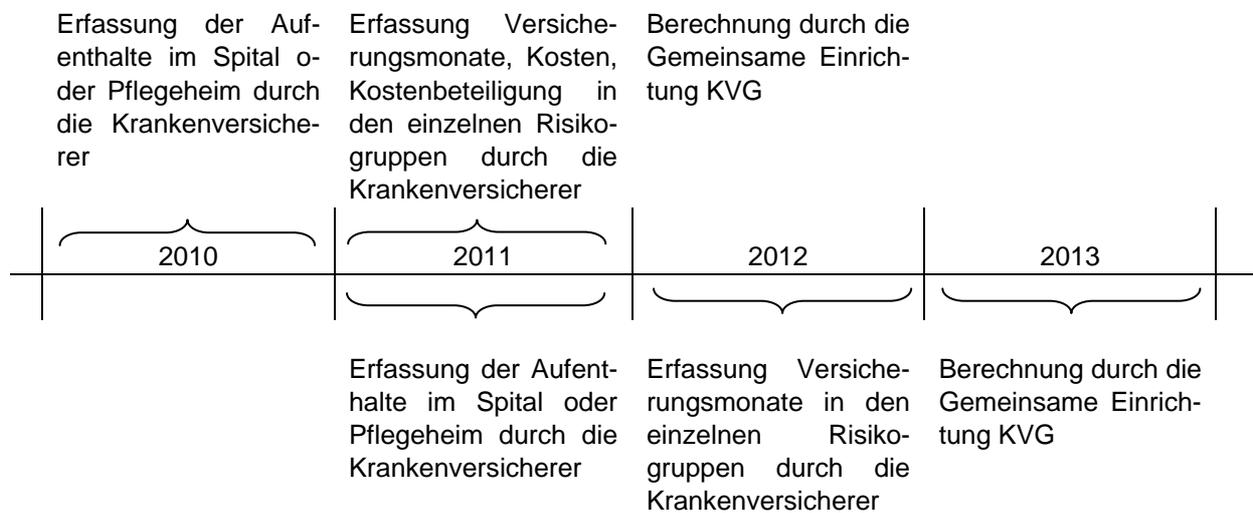
2.10 Übergangsbestimmungen und In-Kraft-Treten

In Absatz 1 der Übergangsbestimmungen der Revision wird festgehalten, dass im Jahr 2012 Datenlieferungen der Krankenversicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG sowohl nach altem Recht wie auch nach neuem Recht vorgenommen werden müssen. Die Datenlieferung nach altem Recht betrifft den definitiven Risikoausgleich 2011, die Datenlieferung nach neuem Recht betrifft den provisorischen Risikoausgleich 2012. Die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs 2011 erfolgt im Jahr 2012 noch nach bisherigem Recht.

Zudem wird in Absatz 2 präzisiert, dass die Versicherer ab dem Jahr 2012 in der Lage sein müssen, aufgrund der in den Jahren 2010 und 2011 erhobenen Daten Datenlieferungen für den Risikoausgleich gemäss vorliegender Verordnung vorzunehmen.

Das In-Kraft-Treten dieser Verordnungsänderung, mit Ausnahme von Absatz 2 der Übergangsbestimmung, der bereits am 1. Januar 2010 in Kraft tritt, erfolgt auf den 1. Januar 2012. Das vorzeitige In-Kraft-Treten dieses Absatzes ist wie folgt zu erklären: Die Krankenversicherer müssen für den provisorischen Risikoausgleich 2012 der im Jahr 2012 erstmals aufgrund der neuen Ausgleichsformel berechnet wird, bereits ab dem Jahr 2010 Daten sammeln. Mittels der im Jahr 2010 erfassten Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim und den bisherigen Kriterien Alter und Geschlecht wird die Einteilung der Versicherten in die einzelnen Risikogruppen vorgenommen. Für diese Risikogruppen müssen die Krankenversicherer im Jahr 2012 die Versicherungsmonate, Kosten und Kostenbeteiligungen, angefallen im Jahr 2011, an die Gemeinsame Einrichtung KVG melden. Es ist daher unabdingbar, dass die Krankenversicherer die notwendigen Daten für die Datenlieferung im Jahre 2012 an die Gemeinsame Einrichtung bereits in den Jahren 2010 und 2011 sammeln. Dies verdeutlicht auch der folgende Zeitplan:

Provisorischer Risikoausgleich 2012



Definitiver Risikoausgleich 2012