

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA); Totalrevision

Inkrafttreten auf den 1. Januar 2020 vorgesehen.

Kommentar und Inhalt der Bestimmungen

Bern, September 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	4
2	Grundzüge der Verordnung	5
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	Datenlieferung	10
Artikel 7	Daten nicht mehr aktiver Versicherer	11
Artikel 8	Kontrolle der Daten	11
Artikel 9	Versichertenbestände	12
Artikel 10	Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten	12
Artikel 11	Einteilung der Versicherten in Risikogruppen	13
Artikel 12	Einteilung im Zusammenhang mit PCG	13
Artikel 13	Berechnung der Gruppendurchschnitte	13
Artikel 14	Berechnung der erwarteten Gesamtnettoleistungen und Gesamtdurchschnitt	14
Artikel 15	Zuschläge für PCG	14
Artikel 16	Festlegung der Zuschläge für PCG	14
Artikel 17	Finanzierung der Zuschläge für PCG	15
Artikel 18	Abgabe- und Beitragssätze für Risikogruppen	15
Artikel 19		15
Artikel 20	Saldoabrechnung und Information	16
Artikel 21	Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten	16
Artikel 22		17
Artikel 23	Verwaltungskosten	17
Artikel 24	Fonds	17

Artikel 25	Rechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich	18
Artikel 26	Datenschutz	18
Artikel 27	Verfahren und Rechtspflege	18
Artikel 28	Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen	19
Artikel 29		19
Artikel 30	Aufhebung eines anderen Erlasses	19
Artikel 31	Änderung eines anderen Erlasses	19
Artikel 32	Übergangsbestimmung	20
Artikel 33	Inkrafttreten	20
Anhang		22

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 (AS **2014** 3345). 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 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; KVG) tritt mit Wirkung ab 1. Januar 2017 in Kraft (Art. 16 ff.).

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 Daten nach der Änderung vom 15. Oktober 2014.

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 derart verbessert werden, 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 seit dem Jahr 2002; die Einführung von PCG hat das niederländische Modell massgeblich verbessert. Auch nach dem Einbezug weiterer Indikatoren z.B. gebildet aus Diagnosen, hat man in den Niederlanden an den PCG festgehalten.). 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 ab dem 1. Januar 2017 geltenden VORA geändert wird, ist nach den Gesetzestechnischen Richtlinien des Bundes eine Totalrevision vorzunehmen. Die ab dem 1. Januar 2017 geltende Verordnung ist aufzuheben und durch die vorliegende Verordnung zu ersetzen. Diese soll erstmals für den Risikoausgleich 2020 zur Anwendung kommen. Somit müssen die Versicherer ab dem 1. Januar 2018 die Daten nach der neuen Verordnung sammeln.

2 Grundzüge der Verordnung

Die Verordnung setzt sich aus zehn Abschnitten zusammen. Der 1. Abschnitt umfasst fünf 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 Saldoabrechnungen, Information und Korrekturen. Der 6. Abschnitt enthält eine Bestimmung zur Berichterstattung. Der 7. Abschnitt besteht aus drei Bestimmungen zur Finanzierung. Der 8. Abschnitt umfasst Bestimmungen zu Datenschutz, Verfahren und Aufsichtsmaßnahmen. Der 9. Abschnitt ist der Wirkungsanalyse gewidmet. Der 10. Abschnitt schliesslich enthält die Schlussbestimmungen. Mehrere Artikel wurden von der ab dem 1. Januar 2017 geltenden VORA übernommen und sehen redaktionelle, teilweise auch inhaltliche Anpassungen vor. Ausserdem ist die neue Verordnung neu gegliedert und alle Bestimmungen sind neu durchnummeriert.

Die wesentlichen Neuerungen sind

- der zusätzliche Morbiditätsindikator PCG, der in Artikel 5 beschrieben ist. Er ersetzt den für die Übergangslösung festgelegten Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr. 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, die im Zeitpunkt der Abgabe auf der Spezialitätenliste waren, bezogen haben und die auf der massgebenden PCG-Liste einer PCG zugeordnet sind, erfüllen die Voraussetzungen für die Einteilung in die entsprechende PCG (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 entsprechenden PCG wird in einer Departementsverordnung (EDI-Verordnung) festgelegt (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 alle PCG aufgeführt und zu jeder PCG die Arzneimittel aufgelistet, die die Wirkstoffe enthalten, die dieser PCG zugeordnet sind. Es ist vorgesehen, dass das EDI diese Liste als Anhang der erwähnten EDI-Verordnung 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 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.
- eine teilweise neue Berechnung, die in den Artikeln 9-18 beschrieben ist und die Lieferung von Individualdaten an die Gemeinsame Einrichtung KVG (Artikel 6). 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 kantonale Nullsummenspiele entstehen und dass keine Zahlungen zwischen den Kantonen fliessen. Die neue Berechnungsmethode erhöht die Anforderungen an die Datenlieferungen der Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG. Neu haben die Versicherer die Versichertennummer der AHV in pseudonymisierter Form

und weitere Individualdaten ihrer Versicherten zu liefern; bis anhin lieferten sie jeweils gruppierte Daten. Neben den Angaben zu Wohnkanton, Alter, Geschlecht, Versicherungsmonaten, Spital- resp. Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr und den Nettoleistungen sind neu auch Angaben zu den von den Versicherten im Vorjahr bezogenen Arzneimitteln der SL – insbesondere der GTIN (Global Trade Item Number)-Code und die Anzahl Packungen pro Arzneimittel – nötig. Die Gruppierung der Arzneimitteldaten zu PCG 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 2020 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 bereits geltenden Indikatoren Alter (Bst. a), Geschlecht (Bst. b), und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Bst. c). In Buchstabe d. folgt der neue Indikator pharmazeutische Kostengruppen (PCG). Er ersetzt den für die Übergangslösung festgelegten Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr.

In der Bezeichnung des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim wird neu auf den Zusatz „im Vorjahr“ verzichtet: dadurch erfolgt keine materielle Änderung. Es geht einzig und allein darum, den Indikator 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 und 5).

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 übernommen. 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. In Absatz 4 ist neu festgehalten, dass die Nacht vom 31. Dezember auf den 1. Januar dem Eintrittsjahr zugerechnet wird. Dies wurde in der Praxis bereits so gehandhabt (vgl. Leitfaden ordentliche Datenerhebung der Gemeinsamen Einrichtung KVG).

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 (EDI-Verordnung) 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. Bevor die erste PCG-Liste erlassen wird, müssen die Ergebnisse dieser ersten Studie jedoch noch einmal aktualisiert werden, da in der Zwischenzeit diverse neue Arzneimittel in die SL aufgenommen werden. Ab Januar 2018 werden die Versicherer nach der neuen VORA 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 steht zum Zeitpunkt der Aufnahme des Produktes in die SL fest und ist den Versicherern grundsätzlich zugänglich. Im Gegensatz zum Pharmacode handelt es sich dabei nicht um ein privates Angebot. Allerdings könnte die alleinige Abstützung auf den GTIN-Code in der Anfangsphase zu Problemen führen. Der GTIN-Code ist zwar schon bekannt, jedoch noch nicht etabliert. Deshalb wird auf den für die Berechnung der Risikoausgleiche 2020-2022 massgebenden PCG-Listen bei jedem Arzneimittel der Pharmacode als Alternative zum GTIN-Code angegeben sein (vgl. Art. 32 Übergangsbestimmungen). 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 Voraussetzungen für die Einteilung in mehrere PCG, welche das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem beschreiben, erfüllen. Weil nicht alle Krankheiten klar voneinander abgegrenzt werden, d.h., weil das Klassifizierungssystem Unschärfen hat, lässt es sich 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 Voraussetzungen für die Einteilung in zwei PCG, welche das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem beschreiben, wird sie nur in die _PCG eingeteilt, die das

schwerwiegendere gesundheitliche Problem beschreibt. 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 Voraussetzungen für die Einteilung in 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 ab Beginn der Berücksichtigung der PCG 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. 31).

Artikel 5 Indikator PCG

Diese Bestimmung ist neu. Sie löst den als Übergangslösung angewendeten Indikator Arzneimittelkosten ab (Art. 2b der VORA 2017).

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, die im Zeitpunkt der Abgabe auf der SL waren, bezogen,
- diese Arzneimittel sind auf der PCG-Liste dieser PCG zugeordnet,
- die Kosten dieser Arzneimittel werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen, und
- sie sind nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten,

dann wird sie von der Gemeinsamen Einrichtung KVG 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. 15 Abs. 2).

Absatz 3

Die Gemeinsame Einrichtung KVG wird für die Berechnung eines Risikoausgleichs immer nur eine PCG-Liste anwenden; es ist die Liste, die im Zeitpunkt der Berechnung im Jahr nach dem Ausgleichsjahr in Kraft ist. Änderungen auf der SL können somit 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. Möglicherweise muss die PCG-Liste schon vor der Berechnung des Risikoausgleichs 2020 erstmals revidiert werden.

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 in der EDI-Verordnung fest. Mittels Berücksichtigung der Mindestanzahl DDD für die Einteilung in PCG wird erreicht, dass nur Versicherte mit einer Langzeittherapie die Voraussetzungen für die Einteilung in PCG erfüllen.

2. Abschnitt: Datenlieferung und Kontrolle der Daten

Artikel 6 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 9 bis 18 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, wird die Versichertennummer der AHV in pseudonymisierter Form geliefert. Der Versicherer liefert pro versicherte Person folgende Angaben:

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

Pro versicherte Person muss mindestens eine Datenzeile geliefert werden pro Datensatz. Bei einem unterjährigen Wohnsitzwechsel, der mit einem Kantonswechsel verbunden ist, muss der Versicherer eine zweite Datenzeile liefern. Die Versicherer haben 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 zu melden. Die Einteilung der Versicherten in PCG erfolgt bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG, wenn aufgrund der Daten zu ihrem Arzneimittelbezug im Vorjahr die Voraussetzungen von Artikel 5 Absatz 2 für die Einteilung in die entsprechende(n) PCG erfüllt sind (vgl. Art. 12).

Wie bis anhin präzisiert die Gemeinsame Einrichtung KVG den Datensatz und die Art und Weise der Datenlieferung in ihrem Leitfaden. Neu ist in Absatz 1 festgehalten, dass die Versicherer der Gemeinsamen Einrichtung KVG die Daten auf eigene Kosten liefern.

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 7 Daten nicht mehr aktiver Versicherer

Diese Bestimmung ist neu.

Daten nicht mehr aktiver Versicherer werden weiter für die Berechnung des Risikoausgleichs benötigt. In den Absätzen 1 und 2 wird geregelt, wer für die Datenlieferung zuständig ist.

Absatz 1

Versicherer, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach den Artikeln 2 und 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014¹ (KVAG) übertragen wurde, müssen keine Daten für den Risikoausgleich liefern. An ihrer Stelle müssen die übernehmenden Versicherer die Daten für den Risikoausgleich liefern.

Absatz 2

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

Artikel 8 Kontrolle der Daten

Artikel 11 der VORA 2017 wird weitgehend übernommen.

In Absatz 1 wird neu auf Verordnungsstufe eine Frist festgelegt für die Einreichung des Berichts der Revisionsstellen über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten. Der bisherige Absatz 1^{bis} ist neu Absatz 4.

¹ SR 832.12

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 festgelegt. Diese gelten unabhängig von der Risikogruppenzugehörigkeit der versicherten Person, sofern diese der entsprechenden PCG zugeteilt wurde. Ein Beispiel: der Zuschlag für die PCG Herzerkrankungen ist gleich hoch bei einem jungen Mann wie bei einer älteren Frau. 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 – 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 für PCG 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 9 Versichertenbestände

Artikel 9 entspricht materiell Artikel 4 der VORA 2017.

Absatz 1

Wie bisher sind für die Festlegung der Versichertenbestände eines Versicherers die „Versicherungsmonate“ massgebend. Jedoch ist der Rechtsprechung des Bundesgerichts betreffend die Teilbarkeit der Monatsprämie der OKP (BGE 142 V 87) Rechnung zu tragen. Das heisst, dass die angebrochenen Monate z.B. bei Wohnsitznahme in der Schweiz, Wegzug ins Ausland und Tod nach dem Leitfaden ordentliche Datenerhebung der Gemeinsamen Einrichtung KVG taggenau in Teilmonaten anzugeben sind (z.B. 8,26 Monate, 10,13 Monate).

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 präzisiert festgehalten.

Artikel 10 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten

Neu liefern die Versicherer der Gemeinsamen Einrichtung KVG die Versichertennummer der AHV in pseudonymisierter Form sowie weitere Individualdaten ihrer Versicherten. Mittels eines Verbindungscodes 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 Versicherern gelieferten Datensätze zusammen. Sie führt sie so zusammen, dass die Daten zu den Indikatoren der Morbidität der Versicherten aus dem Vorjahr auch bei Wechsler*innen nicht verloren gehen und vollständig in die Berech-

nung 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 oder PCG 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 11 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.

Artikel 12 Einteilung der Versicherten in PCG

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. Es ist festgehalten, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG die Versicherten aufgrund der von den Versicherern gelieferten Daten in die entsprechenden PCG einteilt, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 5 Absatz 2 erfüllt sind. Dabei prüft sie 1. ob den versicherten Personen Arzneimittel abgegeben wurden, die im Zeitpunkt der Abgabe auf der SL waren, 2. ob diese Arzneimittel auf der massgebenden PCG-Liste PCG zugeordnet sind und 3. ob die in der EDI-Verordnung festgelegte Mindestanzahl der DDD in einer oder evtl. mehreren PCG erreicht wurde. Wenn aufgrund dieser Prüfung eine Einteilung in mehrere PCG erfolgt, prüft die Gemeinsame Einrichtung KVG, ob diese PCG hierarchisiert sind und somit nur die hierarchisch höchste PCG für die Berechnung massgebend ist.

Artikel 13 Berechnung der Gruppendurchschnitte

Absatz 1

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 Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt aufgrund der Versicherungsmonate und Nettoleistungen des Kalenderjahres vor dem Ausgleichsjahr und der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr. Die spätere Berechnung ermöglicht es, neu vollständigere Leistungsdaten (26 Monate abgerechnet) zu berücksichtigen. Bei der Berechnung der Gruppendurchschnitte wird zudem erstmals ein Teuerungsfaktor berücksichtigt.

Absatz 2

Der Teuerungsfaktor soll der Kostenentwicklung in der OKP Rechnung tragen. Die Kostenentwicklung in den einzelnen Risikogruppen zwischen dem Jahr vor dem Ausgleichsjahr und dem Ausgleichsjahr kann näherungsweise bestimmt werden, indem die Leistungen, die jeweils in den ersten 14 Monaten der beiden Perioden vergütet wurden, verglichen werden. Der Teuerungsfaktor berücksichtigt, dass die Kostenentwicklung nicht in allen Risikogruppen identisch ist. Die Einzelheiten dazu, wie sich der Teuerungsfaktor berechnet, werden in der EDI-Verordnung festgelegt.

Artikel 14 Berechnung der erwarteten Gesamtnettoleistungen und des Gesamtdurchschnitts

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 ebenfalls im Jahr nach dem 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 15 Zuschläge für PCG

Absatz 1

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

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.

Absatz 3

In Absatz 3 wird explizit festgehalten, dass der Versicherer für eine versicherte Person, die mehrere PCG aufweist, die nicht hierarchisch organisiert sind, Zuschläge für alle PCG erhält, in die die versicherte Person eingeteilt wurde. Damit wird sichergestellt, dass die Versicherer für ihre polymorbiden Versicherten angemessen entschädigt werden.

Artikel 16 Festlegung der Zuschläge für PCG

Absatz 1

In Absatz 1 wird beschrieben, wie die Zuschläge für PCG nach Artikel 15 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 13 unter Berücksichtigung der Abweichungen vom Gruppendurchschnitt, die aufgrund ihrer Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln zu erwarten sind. Die Berechnung der Zuschläge erfolgt im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt. Die Berechnung erfolgt anhand der Nettoleistungen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr und des Indikators PCG im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

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

Absatz 3

In Absatz 3 wird präzisiert, dass die Zuschläge für PCG 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 PCG aufweisen, nie tiefere Beträge aus dem Risikoausgleich bezahlt werden als für versicherte Personen derselben Risikogruppe, die keine PCG aufweisen.

Artikel 17 Finanzierung der Zuschläge für PCG

In Artikel 17 ist die Finanzierung der Zuschläge nach Artikel 16 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 18 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 13 abzüglich des durchschnittlichen Betrages zur Finanzierung der Zuschläge nach Artikel 17 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.

4. Abschnitt: Risikoausgleichszahlungen

Artikel 19

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. Bei einer „negativen“ Rendite wird kein Zins erhoben oder vergütet.

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, Information und Korrekturen

Artikel 20 Saldoabrechnung und Information

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. Damit die Resultate der Risikoausgleichsberechnung in die Prämienberechnung einfließen können, soll die Gemeinsame Einrichtung KVG neu jedem Versicherer zusätzlich folgende Daten pro Kanton und Risikogruppe zustellen:

1. die Höhe der Risikoabgabe beziehungsweise des Ausgleichsbeitrages,
2. die Anzahl Versicherte,
3. die Anzahl Versicherte pro PCG,
4. die Summe aller Zuschläge für PCG.

In der Verordnung wird auch festgelegt, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG jedem Versicherer bis zum 30. Juni in Bezug auf den Risikoausgleich des Vorjahres die ihn betreffende Saldoabrechnung und die weiteren angeführten Informationen zustellt.

Artikel 21 Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten

Artikel 21 übernimmt materiell im Wesentlichen 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 erfahren die Regelungen keine Änderungen.

Absätze 3 und 4

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

Absatz 5

Bagatellbeträge soll die Gemeinsame Einrichtung KVG neu auf der Rechnung betreffend die Verwaltungskosten in Abzug bringen. Auch die auflaufenden Zinsen nach Artikel 24 Absatz 2 sollen auf der Rechnung betreffend die Verwaltungskosten abgezogen werden (vgl. Art. 24).

6. Abschnitt: Berichterstattung

Artikel 22

Artikel 7 der VORA 2017 wird inhaltlich und redaktionell angepasst.

Absatz 1

Neu ist in der Verordnung klar festgehalten, welche Daten die Gemeinsame Einrichtung KVG dem BAG jährlich liefert. Damit die Versicherten nicht identifiziert werden können und um dem Datenschutz Rechnung zu tragen, werden die Daten dem BAG in pseudonymisierter Form geliefert. Das Bundesamt darf die Daten nur zum Zweck der Weiterentwicklung des Risikoausgleichs und der Durchführung der Wirkungsanalyse (Art.17a Abs. 2 KVG) verwenden. Die neue gesetzliche Grundlage verpflichtet den Bundesrat, jeden zusätzlichen Indikator auf seine Wirkungen hin zu untersuchen (vgl. auch Art. 29, sowie die Erläuterungen dazu).

Wie schon bisher stellt die Gemeinsame Einrichtung KVG dem BAG die berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge der Versicherer nach Kantonen und für die ganze Schweiz zu.

Absatz 2

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

Absätze 3 bis 5

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

7. Abschnitt: Finanzierung

Artikel 23 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 die Versichertenbestände im Risikoausgleich massgebend sind. 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 24 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

Neu soll die Gemeinsame Einrichtung KVG die auflaufenden Zinserträge im Fonds, die den Betrag von 500'000 Fr. übersteigen, nach der umsatzmässigen Beteiligung der Versicherer am Risikoausgleich im

Vorjahr auf der Rechnung betreffend die Verwaltungskosten in Abzug bringen. Damit wird der administrative Aufwand gesenkt.

Absatz 3

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

Artikel 25 Rechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich

Artikel 6b der VORA 2017 wird 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 26 Datenschutz

Artikel 14 Absatz 2 der VORA 17 wird erweitert.

Absatz 1

Lediglich eine terminologische Verbesserung wird vorgenommen.

Absatz 2

Die gesammelten Daten werden von der Gemeinsamen Einrichtung KVG nicht nur für die Durchführung des Risikoausgleichs und die Erstellung der Statistik, sondern auch zum Zweck der Kontrolle der Daten verwendet. Absatz 2 wird entsprechend ergänzt.

Absatz 3

Neu müssen die Versicherer der Gemeinsamen Einrichtung KVG Individualdaten liefern (vgl. Art. 6). Damit auf konkrete Versicherte keine Rückschlüsse gezogen werden können, liefern die Versicherer die AHV-Nummer ihrer Versicherten in pseudonymisierter Form. In ihrem Verantwortungsbereich sind die Versicherer gehalten, die Regeln des Datenschutzes zu befolgen. Bei der weiteren Verwendung der Daten sind die Gemeinsame Einrichtung KVG und das BAG die handelnden Instanzen. Deshalb wird im zusätzlichen Absatz 3 eine geteilte Verantwortung für den Datenschutz stipuliert: Die Gemeinsame Einrichtung KVG ist für die Wahrung der Anonymität der Versicherten verantwortlich, wenn sie Daten verwendet. Hingegen ist das BAG verantwortlich, die Anonymität der Versicherten zu wahren, wenn es Daten verwendet. Die Gemeinsame Einrichtung KVG und das BAG dürfen die Daten nur im Rahmen der im KVG und in der Verordnung festgelegten Zwecke verwenden (Art. 17a KVG, Art. 22 Abs. 1 Bst. a und 26 Abs. 2 des Verordnungsentwurfes). Die konkrete technische Lösung für den Übermittlungsprozess der Daten an die Gemeinsame Einrichtung KVG steht zur Zeit noch nicht fest, weshalb sie auch noch nicht beschrieben werden kann. Die Gemeinsame Einrichtung KVG wird die Applikation in Auftrag geben und bei der Festlegung der Anforderungen dafür besorgt sein, dass mit geeigneten technischen und organisatorischen Massnahmen sichergestellt ist, dass keine Rückschlüsse auf konkrete Versicherte gezogen werden können, weder durch die Gemeinsame Einrichtung KVG noch durch das BAG.

Artikel 27 Verfahren und Rechtspflege

Artikel 15 der VORA 2017 wird unverändert übernommen.

Artikel 28 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 oder fehlerhafte Daten liefert, den dadurch entstandenen Mehraufwand in Rechnung stellen. Kommt der Versicherer trotz schriftlicher Mahnung der Gemeinsamen Einrichtung KVG seiner Datenlieferungs- und Zahlungspflicht wiederholt nicht nach, kann ihm das BAG die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entziehen. Während das BAG den Bewilligungsentzug bisher nur beantragen konnte, kann es ihn neu verfügen (Art. 43 KVAG). Dies ist materiell die einzige Änderung an dieser Bestimmung. Absatz 2 wird gekürzt.

9. Abschnitt: Wirkungsanalyse

Artikel 29

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

Absatz 1

Anlässlich der parlamentarischen Debatte zu den parlamentarischen Initiativen 11.472 und 12.446 Risikoausgleich/Wirksamen Risikoausgleich schnell einführen wurde der Bundesrat auf Verlangen des Parlaments verpflichtet, die neuen Indikatoren auf ihre Wirkungen zu analysieren. Die am 21. März 2014 verabschiedete Gesetzesänderung (AS 2014 3481) sieht in Artikel 17a Absatz 2 KVG nun vor: „... Jeder zusätzliche Indikator ist einer Wirkungsanalyse zu unterziehen.“ In der Folge wird auch die bisher unveränderte Bestimmung zur Wirkungsanalyse in der Verordnung aktualisiert und in zwei Absätze unterteilt. In Absatz 1 ist wie bisher festgehalten, dass das BAG eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durchführt. Neu sollen namentlich die Wirkungen des Risikoausgleichs auf die Anreize zur Risikoselektion, auf die Unter- oder Überkompensation von bestimmten Gruppen und auf 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.

Die bisherige Praxis, die wissenschaftlichen Berichte und Resultate solcher Wirkungsanalysen – in der Regel auf der Website des BAG – zu publizieren, wird auf jeden Fall beibehalten.

10. Abschnitt: Schlussbestimmungen

Artikel 30 Aufhebung eines anderen Erlasses

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

Artikel 31 Änderung eines anderen Erlasses

Die KVV ist wie folgt zu ändern:

Artikel 22 Streitigkeiten

Absatz 1

Die VORA 2017 enthält in Artikel 15 eine Bestimmung zu Verfahren und Rechtspflege. Die gleiche Bestimmung sieht die vorliegende Verordnung in Artikel 27 vor. In Artikel 22 Absatz 1 KVV ist der Verweis auf diese Bestimmung anzupassen.

Absatz 3

In Artikel 22 Absatz 3 KVV sind alle drei Aufzählungen anzupassen. In Buchstabe a. ist der Verweis anzupassen, nachdem die Umverteilung von Reserven neu in Artikel 43 Absatz 3 KVAG geregelt ist. In Buchstabe b. werden wieder die Beiträge der Versicherer zur Finanzierung des Insolvenzfonds aufgeführt, die neu in Artikel 48 Buchstabe a KVAG geregelt sind. In Buchstabe c. sind neu die Auszahlungen aus dem Insolvenzfonds nach Artikel 51 Absatz 1 KVAG aufgeführt (bisher in Buchstabe b.). Die Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste resultieren und von den Pharmaunternehmen an die Gemeinsame Einrichtung KVG zurückerstattet werden, werden nicht mehr an die Versicherer ausbezahlt, sondern sind nach Artikel 48 Buchstabe c KVAG Teil der Finanzierung des Insolvenzfonds. Deshalb fällt diese Bestimmung weg.

Artikel 28 Daten der Versicherer

Absatz 1 Einleitungssatz

Die Abkürzung fürs Krankenversicherungsaufsichtsgesetz ist schon in Artikel 22 eingeführt.

Artikel 37e Eidgenössische Arzneimittelkommission

Absatz 1

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 32 Übergangsbestimmungen

Absatz 1

In Absatz 1 der Übergangsbestimmungen der Revision wird festgehalten, dass die Datenlieferung der Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG im Jahr 2020 für den Risikoausgleich 2019 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2019 nach bisherigem Recht erfolgen. Hingegen erfolgt die Datenlieferung der Versicherer im Jahr 2020 für den Risikoausgleich 2020 nach dem neuen Recht.

Absätze 2 und 3

Die alleinige Abstützung auf den GTIN-Code könnte in der Anfangsphase zu Problemen führen. Der GTIN-Code ist zwar schon bekannt, jedoch noch nicht etabliert. Deshalb sollen die Versicherer bis 2023 bei den Datenlieferungen nach Artikel 6 der Gemeinsamen Einrichtung KVG den Pharmacode als Alternative zum GTIN-Code liefern können.

Auf den für die Berechnung der Risikoausgleiche 2020-2022 massgebenden PCG-Listen wird zusätzlich zum GTIN-Code der Pharmacode aufgeführt sein.

Artikel 33 Inkrafttreten

Es handelt sich um die bisher bedeutendste VORA-Änderung, sowohl in Bezug auf die zu erhebenden Daten (neu Individualdaten) wie auch in Bezug auf die Berechnung des Risikoausgleichs (neu zweistufiges Regressionsverfahren). Die Gemeinsame Einrichtung KVG wird erstmals die Daten der Versichererwechsler zusammenführen müssen, und die Versicherer müssen die Auswirkungen des neuen

Risikoausgleichs bei der Prämienfestsetzung mit einbeziehen. Eine Testphase mit einem Probelauf ist deshalb essentiell. Die vorliegende Verordnung soll somit am 1. Januar 2020 in Kraft treten. Es ist jedoch unabdingbar, dass die Versicherer die Daten für die Datenlieferung im Jahre 2020 für den Risikoausgleich 2020 bereits in den Jahren 2018 und 2019 sammeln. Die Versicherer werden dazu rechtzeitig Anweisungen erhalten. Im Rahmen der Anhörung haben sie die vom Bundesrat vorgeschlagenen Bestimmungen Anfang 2016 erstmals gesehen. Nach der Verabschiedung durch den Bundesrat wird die neue Verordnung 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.