

# Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)

## Änderung vom ...

---

*Der Schweizerische Bundesrat  
verordnet:*

I

Die Verordnung vom 12. April 1995<sup>1</sup> über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

### *Ingress*

gestützt auf Artikel 16 Absatz 4, 17 Absatz 3 sowie 17a Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>2</sup> über die Krankenversicherung (KVG),

### *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. Die Altersgruppen werden wie folgt aufgeteilt:

- a. Versicherte von 18–25 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

<sup>1</sup> Für die Festlegung der Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt werden die Bruttoleistungen (Nettoleistungen plus Kostenbeteiligungen) im Vorjahr für Arzneimittel, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung über-

<sup>1</sup> SR 832.112.1

<sup>2</sup> SR 832.10

nommen werden, sofern sie über 5000 Franken liegen und die Arzneimittel nicht in einer Pauschale enthalten sind.

<sup>2</sup> 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

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Für die Zuteilung auf die Kalenderjahre ist der Zeitraum des Aufenthalts massgebend. Dauert der Aufenthalt über den Jahreswechsel hinaus an, so gilt:

- a. Ein Aufenthalt mit einer Dauer von drei bis fünf Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in dem die Mehrzahl der Übernachtungen angefallen sind; 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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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. 6 Abs. 1 Bst. a, Abs. 2 Bst. a und Abs. 6*

<sup>1</sup> Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen über alle Versicherten 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;

<sup>2</sup> 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;

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

*Art. 6a* Ausnahmen für die Berechnung

<sup>1</sup> 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 Versicherten 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.

<sup>2</sup> 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. 10 Abs. 1 und 2<sup>bis</sup>*

<sup>1</sup> 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.

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

*Art. 13* Fonds

<sup>1</sup> Mit den bei der gemeinsamen Einrichtung aufgrund der zeitlich versetzten Ein- und Auszahlungstermine für die Akontozahlungen und die Schlusszahlungen auflaufenden Zinsen wird ein Fonds bis zu einem maximalen Betrag von 500 000 Franken geöffnet. Mittel dieses Fonds werden von der gemeinsamen Einrichtung verwendet, um bei geringfügigen Zahlungsausständen die Ausgleichsbeiträge ohne Kürzung termingemäss auszahlen zu können.

<sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung erlässt ein Fondsreglement. Dieses regelt insbesondere, wie die Mittel verwendet werden. Das Reglement bedarf der Genehmigung durch das Departement.

*Art. 17 Abs. 4–7*

<sup>4</sup> Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft<sup>3</sup>.

<sup>5–7</sup> *Aufgehoben*

## II

<sup>3</sup> Die Befristung der Verordnung (AS 1995 1371, 2005 5643, 2010 6163, 2009 4761) wurde mit der Änderung vom ..., in Kraft seit dem 1. Januar 2017 (AS 2014 ...), aufgehoben.

*Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Die Versicherer müssen ab dem Jahr 2017 in der Lage sein, der gemeinsamen Einrichtung die Daten für die Jahre 2015 und 2016 für den Risikoausgleich nach der Änderung vom ... dieser Verordnung zu liefern.

III

<sup>1</sup> Diese Verordnung tritt unter Vorbehalt von Absatz 2 am 1. Januar 2017 in Kraft.

<sup>2</sup> Artikel 6 Absatz 6 und Ziffer II Absatz 2 treten am 1. Januar 2015 in Kraft.

...

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Didier Burkhalter

Die Bundeskanzlerin: Corina Casanova