

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)

Änderung vom ...

*Der Schweizerische Bundesrat
verordnet:*

I

Die Verordnung vom 12. April 1995¹ über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Ingress

gestützt auf Artikel 18 Absätze 3 und 6 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung (KVG)

sowie auf die Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007³ (Risikoausgleich) (Ziff. II/2 Absätze 5 und 6),

Art. 3 Nettoleistungen

¹ Für die Berechnung des Risikoausgleichs werden die Nettoleistungen pro Kanton ermittelt. Die Nettoleistungen sind die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Bruttoleistungen, für alle Versicherten des Kantons, abzüglich der Kostenbeteiligungen dieser Versicherten.

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 ein nach statistisch anerkannten Grundsätzen ausgestaltetes Glättungsverfahren festlegen.

Art. 5

Aufgehoben

Art. 6 Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge

¹ Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen (Gruppendurchschnitt) für das Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr

1 SR 832.112.1

2 SR 832.10

3 AS 2009 4755

Risikoausgleich in der Krankenversicherung AS 2012

berechnet. Die Risikogruppen werden aufgrund der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr gebildet.

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

- a. die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Bildung der 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 die erwarteten durchschnittlichen Nettoleistungen aller Versicherer pro versicherte Person im Kanton 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 Daten von Versicherern, denen im Jahr vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, werden bei der Berechnung des Risikoausgleichs nicht berücksichtigt. Ausgenommen davon sind die Daten von aufgelösten Versicherern, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach Artikel 11 des Gesetzes übertragen wurde.

Art. 6a Vorgehen bei Versicherten, die den Versicherer wechseln

¹ Bei der Ermittlung der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim berücksichtigt der Versicherer auch diejenigen seiner Versicherten, die im betroffenen Jahr bei einem anderen Versicherer versichert waren. Die Erhebung dieser Aufenthalte beim Vorversicherer darf jedoch frühestens bei der Zustellung der Eintrittsbestätigung an den Vorversicherer erfolgen.

² Der frühere Versicherer ist verpflichtet, dem späteren Versicherer die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim des Vorjahres zu melden.

³ Hat eine versicherte Person den Versicherer während der Dauer eines Kalenderjahres gewechselt, so hat jeder Versicherer dem späteren Versicherer die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim bis zum Wechsel zu melden.

Art. 6b Rückstellungen

Die Versicherer sind verpflichtet, jährlich die notwendigen Rückstellungen für die noch zu bezahlenden Risikoabgaben zu bilden. Sie berücksichtigen dabei insbesondere:

Risikoausgleich in der Krankenversicherung AS 2012

- a. Bestandesveränderungen in den Risikogruppen;
- b. die Veränderungen der Nettoleistungen.

Art. 10 Abs. 1 und 2 bis

¹ Die Versicherer liefern ihre nach Kantonen, Risikogruppen und Kalenderjahr ermittelten Daten über die Versichertenbestände, Bruttoleistungen und Kostenbeteiligungen nach den Weisungen der gemeinsamen Einrichtung. Sie stellen der gemeinsamen Einrichtung die Daten mit einer Kopie des amtlichen Formulars über den Versichertenbestand zu.

^{2bis} In der Datenlieferung sind die bis zwei Monate vor Ablauf der Frist zur Datenlieferung abgerechneten Leistungen sowie die bis zu diesem Termin abgerechneten oder von den Vorversicherern nach Artikel 6a Absätze 2 und 3 gemeldeten Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim sowie Änderungen des Versichertenbestandes zu berücksichtigen, welche das für die Datenerhebung massgebliche Kalenderjahr betreffen.

Art. 11 Abs. 1^{bis}

^{1bis} Das BAG kann Weisungen über Form und Inhalt des Berichtes erlassen.

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 an die Versicherer 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.

Risikoausgleich in der Krankenversicherung AS 2012

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 zuviel oder zuwenig 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.

Art. 13 Abs. 1

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 Ausgleichbeiträge ohne Kürzung termingemäss auszahlen zu können. Nach Aufhebung des Risikoausgleichs wird der Fonds den Versicherern zurückvergütet.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 2013

Für den definitiven Risikoausgleich 2013 gilt das bisherige Recht. Die Akontozahlung im Jahr 2014 bzw. 2015 für den Risikoausgleich 2014 bzw. 2015 beträgt 50 Prozent des definitiven Risikoausgleichs 2012 bzw. 2013.

III

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2014 in Kraft.

...

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Die Bundespräsidentin: Evelyne Widmer-Schlumpf

Die Bundeskanzlerin: Corina Casanova