

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

Änderungen vorgesehen für den 1. Januar 2014

Kommentar und Inhalt der Änderungen

Bern, Oktober 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Hauptziel der Revision	3
3	Vorgeschlagene Änderungen	4
3.1	Neue Methode zur Berechnung des Risikoausgleichs.....	4
3.2	Bericht der Revisionsstelle	5
4	Kommentar zu den einzelnen Bestimmungen	5
	Nettoleistungen (Artikel 3)	5
	Durchschnittliche Risikounterschiede (Artikel 5).....	6
	Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge (Artikel 6).....	6
	Vorgehen bei Versicherten, die den Versicherer wechseln (Artikel 6a).....	7
	Rückstellungen (Artikel 6b).....	7
	Datenlieferung (Artikel 10).....	7
	Kontrolle der Daten (Artikel 11).....	7
	Zahlungsfristen (Artikel 12).....	8
	Fonds (Artikel 13).....	9
	Übergangsbestimmung	9
	In-Kraft-Treten.....	9
5	Anhang: Zeitplan Risikoausgleich 2014	9

1 Ausgangslage

Für die Risikoausgleiche der Ausgleichsjahre 2012 und später gelten die von der Bundesversammlung am 21. Dezember 2007 beschlossenen Bestimmungen des revidierten Risikoausgleichs. Mit der Einführung des zusätzlichen Ausgleichskriteriums Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr wurde auch die prospektive Berechnung des Risikoausgleichs eingeführt. Die Bestimmungen der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1) sehen vor, dass die Abgabe- und Beitragssätze vom provisorischen Risikoausgleich für die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs ein Jahr später übernommen werden. Aufgrund der veränderten Bestände gleichen sich die Beiträge und die Abgaben nicht mehr wie bisher auf null aus und es muss nachträglich, d.h. nach der Berechnung des definitiven Risikoausgleichs, ein Korrekturverfahren erfolgen. Dieses Korrekturverfahren ist in Artikel 6 Absatz 3 VORA beschrieben. Bei näherer Prüfung wurden mehrere Nachteile dieses Verfahrens ersichtlich:

- Die Versicherer werden ungleich behandelt. Versicherer mit einer vom Durchschnitt abweichenden Risikostruktur und damit einem höheren Risikoausgleichsvolumen werden benachteiligt, denn sie müssen mehr zur Differenzdeckung beitragen. Versicherer mit durchschnittlicher Risikostruktur und somit geringem Risikoausgleichsvolumen müssen nur wenig zur Differenzdeckung beitragen.
- Keine Gleichbehandlung der Versicherten. Dem Risikoausgleich liegt die Idee zu Grunde, dass Versicherte in vergleichbarer Situation (beispielsweise alle 90jährigen Frauen im Kanton Genf) vom Risikoausgleich gleich behandelt werden sollen. Gleiche Behandlung heisst in diesem Fall, dass jeder Versicherer für diese Frau den gleichen Beitrag aus dem Risikoausgleich erhält. Ist eine solche Frau bei einem Krankenversicherer versichert, dessen Risikostruktur stark von der Risikostruktur des Kantons abweicht, so wird der Beitrag aus dem Risikoausgleich stärker gekürzt, als wenn dieselbe Person bei einem Versicherer mit durchschnittlicher Risikostruktur versichert wäre. Die Belastung pro Kopf, die auf die Prämien durchschlägt, ist unterschiedlich.
- Schwierigkeiten bei der Prämienkalkulation. Will das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Prämienkalkulation der Versicherer prüfen, muss es den Risikoausgleich schätzen können. Bei proportionaler Korrektur der Volumina bedeutet das auch, dass für jeden Versicherer andere Risikoausgleichsansätze angewandt werden müssen.
- Kassenkonglomerate könnten mit strategischen Fusionen ihre Beteiligung am Risikoausgleich reduzieren.

2 Hauptziel der Revision

Um diese Mängel in der Methode zu korrigieren, hat das BAG Alternativen zu diesem Korrekturverfahren geprüft.

Mit dieser Revision unterbreitet das EDI einen Vorschlag, der das Gleichgewicht (Nullsummenspiel) im Risikoausgleich *ohne anschliessende Korrektur der Abgaben- und Beitragssätze* der Versicherer sicherstellt. Dabei würde auch auf die zweistufige Berechnung des Risikoausgleichs, d.h. eine provisorische Berechnung im Ausgleichsjahr und eine definitive Berechnung im Folgejahr, verzichtet. Dabei handelt es sich um eine Vereinfachung des Berechnungsverfahrens, die aber die vom Gesetzgeber geforderte prospektive Berechnung des Risikoausgleichs sicherstellt. Das vorgeschlagene Verfahren führt zur Gleichbehandlung aller Versicherer und sämtlicher Versicherten, die sich in derselben Risikogruppe befinden. Die Risikostruktur eines Versicherers hat keinen Einfluss darauf, wie hoch die Abgaben in den resp. die Beiträge aus dem Risikoausgleich für diese Versicherten sind. Das neue Verfahren ist einfacher durchzuführen als das bisherige. Dadurch würde für die Gemeinsame Einrichtung KVG der administrative Aufwand sinken.

3 Vorgeschlagene Änderungen

3.1 Neue Methode zur Berechnung des Risikoausgleichs

Die Berechnung des Risikoausgleichs würde neu nach der Methode „Anpassung des Gesamtdurchschnitts“ erfolgen:

- In einem ersten Schritt werden die Risikogruppen mit der Information zum Vorhandensein eines Aufenthaltes in einem Spital oder Pflegeheim im Jahr t-2 gebildet¹. Die Versicherer ermitteln im Jahr t die Bestände in Versicherungsmonaten sowie die Bruttoleistungen und Kostenbeteiligungen des Jahres t-1 pro Risikogruppe und liefern diese Informationen im Jahr t an die Gemeinsame Einrichtung KVG.
- Die Gemeinsame Einrichtung KVG berechnet daraus im Jahr t die durchschnittlichen Nettoleistungen für das Jahr t-1 in den einzelnen Risikogruppen (Gruppendurchschnitt), wobei es jedoch zu keinen Ausgleichszahlungen kommt.
- Die Versicherer haben im Jahr t+1 die Bestände des Jahres t in den Risikogruppen zu melden. Dazu benötigen die Versicherer die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Jahr t-1.
- Aus den Bestandesmeldungen der Versicherer berechnet die Gemeinsame Einrichtung KVG im Jahr t+1 den Bestand in den einzelnen Risikogruppen und den Totalbestand im Jahr t.
- Die neuen Bestände in den Risikogruppen werden mit den aus den Vorjahresdaten t-1 berechneten durchschnittlichen Nettoleistungen pro Gruppe multipliziert, was die erwarteten Nettoleistungen in der Risikogruppe ergibt. Diese erwarteten Nettoleistungen in den Risikogruppen werden aufaddiert, was den erwarteten Gesamtnettoleistungen für das Jahr t entspricht.
- Zur Berechnung der durchschnittlichen Nettoleistungen aller Versicherer pro versicherte Person im Kanton über alle Risikogruppen hinweg (Gesamtdurchschnitt) werden diese erwarteten Gesamtnettoleistungen für das Jahr t durch den Totalbestand des Jahres t geteilt.
- Zur Bestimmung der Abgabe- und Beitragssätze wird der Gesamtdurchschnitt mit dem Gruppendurchschnitt verglichen.
- Pro Versicherer wird die Summe der für seine Versicherten zu bezahlenden Abgaben und Beiträge gebildet und eine Abgabe respektive ein Beitrag Schweiz berechnet. Dies entspricht auch der vom Versicherer zu leistenden Zahlung.

Die oben beschriebene Berechnungsmethode ist transparent und weist gegenüber der in der VORA vorgesehenen Korrekturmethode deutliche Vorteile auf:

- Es ist keine nachträgliche Korrektur nötig.
- Die Gleichbehandlung der Versicherer ist gewährleistet. Versicherer mit einer vom Durchschnitt abweichenden Risikostruktur werden nicht benachteiligt.
- Die Gleichbehandlung der Versicherten ist gewährleistet. Die Ausgleichszahlung für Versicherte, die in der gleichen Risikogruppe eingeteilt sind, fallen für die Versicherer gleich hoch aus unabhängig von der Risikostruktur des Versicherers.
- Das vorgeschlagene Verfahren ist einfacher durchzuführen. Die Berechnung des Risikoausgleichs erfolgt neu einstufig, d.h. es gibt – neben der Akontozahlung - nur noch eine Berechnung und Zahlung des Risikoausgleichs, was bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG den administrativen Aufwand senkt. Der administrative Aufwand bei den Versicherern bleibt quasi unverändert.
- Wenn ein Versicherer den Risikoausgleich budgetieren will, muss er insbesondere die Bestandesveränderung schätzen, nicht aber seinen Anteil am Umverteilungsvolumen.

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen werden im Beschrieb und der Beurteilung der vorgeschlagenen Berechnungsmethode folgende Abkürzungen verwendet:

t = Ausgleichsjahr,

t-1 = Vorjahr,

t-2 = vorletztes Jahr vor dem Ausgleichsjahr.

3.2 Bericht der Revisionsstelle

Bei dieser Gelegenheit schlägt das EDI eine Ergänzung in Artikel 11 VORA vor. Dem Bericht der Revisionsstelle über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten kommt eine zentrale Bedeutung zu. Entsprechend hohe Anforderungen, besonders in Bezug auf deren Aussagekraft, sind an ihn zu stellen. Das EDI schlägt vor, Artikel 11 VORA mit einem zusätzlichen Absatz 1^{bis} wie folgt zu ergänzen: "Das BAG kann Weisungen über Form und Inhalt des Berichtes [der Revisionsstelle über die Richtigkeit und Vollständigkeit der Datenlieferung in den Risikoausgleich] erlassen". Diese Ergänzung wird vorgeschlagen, damit die Einheitlichkeit bzw. angemessene Aussagekraft der eingereichten Berichte der Revisionsgesellschaften sowie die gewünschte Tiefe deren Prüfungshandlungen sichergestellt werden kann. Seit im Risikoausgleich neben den bisherigen Faktoren Alter und Geschlecht zusätzlich berücksichtigt wird, ob die Versicherten im Vorjahr einen Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim von mindestens drei aufeinander folgenden Nächten aufweisen, ist eine ausreichende Kontrolle der von den Krankenversicherern gelieferten Daten noch bedeutsamer als bisher. Den Berichten der Revisionsstellen kommt eine zentrale Rolle zu. Es ist hilfreich, wenn das BAG künftig Weisungen über Form und Inhalt des Berichtes erlassen kann.

4 Kommentar zu den einzelnen Bestimmungen

Nettoleistungen (Artikel 3)

Der gesamte Artikel 3 wird neu dargestellt. Im bisherigen Absatz 1 wurden Fragen der Berechnung des Risikoausgleichs geregelt. Diese werden neu gesamthaft in Artikel 6 zusammengefasst.

Sachüberschrift

Der bisher verwendete, unbestimmte Begriff der Kosten wird mit der vorliegenden Verordnungsänderung durch den treffenden Begriff der Nettoleistungen ersetzt.

Absatz 1

Bereits heute wird der Risikoausgleich aufgrund von Angaben zu den Nettoleistungen berechnet und die Berechnung erfolgt kantonale. Es handelt sich also nicht um eine materielle Änderung. Unter den Nettoleistungen versteht man die von den Versicherern bezahlten Leistungen, d.h. die Bruttoleistungen, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen, abzüglich der Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

Absatz 2

Eine ähnlich lautende Bestimmung fand sich bisher in Artikel 6 Absatz 1^{bis}. Da die Bestimmung Teil der Definition des Begriffs Nettoleistungen ist, wird sie neu in den Artikel 3 Absatz 2 verschoben. Das Wort Kosten wird durch Nettoleistungen ersetzt und die Formulierung orientiert sich neu am ersten Satz von Artikel 2a Absatz 4 VORA, in welchem die Zuteilung der Aufenthalte auf die Kalenderjahre geregelt ist. Es handelt sich dabei nur um eine Anpassung der Terminologie und nicht um eine materielle Änderung. Nach wie vor wird auf das Behandlungsdatum abgestellt.

Absatz 3

Aufgrund der Einführung des neuen Begriffs der Nettoleistungen erfolgt auch eine begriffliche Anpassung in Absatz 3. Statt der Durchschnittskosten wird hier neu von durchschnittlichen Nettoleistungen gesprochen. Der Zusatz „massgebend“ wird als überflüssig erachtet und deshalb weggelassen.

Durchschnittliche Risikounterschiede (Artikel 5)

Absätze 1 und 2

Die entsprechenden Bestimmungen finden sich neu in Artikel 6 Absätze 4 und 5. Artikel 5 wird deshalb aufgehoben.

Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge (Artikel 6)

Der gesamte Artikel 6 wird neu dargestellt, wobei jedoch die Sachüberschrift beibehalten wird.

Absatz 1

Bis anhin erfolgte die Berechnung des Risikoausgleichs in einem zweistufigen Verfahren. Neu soll der Risikoausgleich nur noch in einem einstufigen Verfahren berechnet werden. Deshalb wird nicht mehr von provisorischer und definitiver Berechnung gesprochen. Sodann wird der Begriff der Durchschnittskosten mit dem neuen Begriff durchschnittliche Nettoleistungen ersetzt. Die Nettoleistungen sind in Artikel 3 definiert.

Anstelle der durchschnittlichen Risikounterschiede müssen im Ausgleichsjahr neu die durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen (Gruppendurchschnitt) für das Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet werden. Wie bisher sind dazu in einem ersten Schritt mit der Information zum Vorhandensein eines Aufenthaltes in eine Spital oder Pflegeheim im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr die Risikogruppen zu bilden.

Absatz 2

Nach der neuen Berechnungsmethode werden die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge aufgrund der Berechnung im Jahr, welches dem Ausgleichsjahr folgt, festgesetzt. Massgebend sind dabei die erwarteten Gesamtnettoleistungen und die erwarteten durchschnittlichen Nettoleistungen aller Versicherer pro versicherte Person im Kanton über alle Risikogruppen hinweg (Gesamtdurchschnitt). Im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, werden zuerst die erwarteten Gesamtnettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen für das Ausgleichsjahr berechnet. Für diese Berechnung massgebend sind wie bisher im definitiven Risikoausgleich die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Bildung der Risikogruppen. In der Folge werden von den Versicherern die Bestände im Ausgleichsjahr in diesen Risikogruppen erhoben (unverändert). Diese neuen Bestände werden mit den durchschnittlichen Nettoleistungen der Risikogruppen (vgl. Kommentar zu Absatz 1) im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr multipliziert, was die erwarteten Gesamtnettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen ergibt.

Absätze 2^{bis} bis 2^{quater}

Die entsprechenden Bestimmungen finden sich neu in Artikel 6a Absätze 1 bis 3. Die Absätze 2^{bis}, 2^{ter} und 2^{quater} werden deshalb aufgehoben.

Absatz 3

Teilt man die aufaddierten erwarteten Gesamtnettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen (vgl. Kommentar zu Absatz 2) durch den Totalbestand, erhält man die erwarteten durchschnittlichen Nettoleistungen aller Versicherer pro versicherte Person im Kanton über alle Risikogruppen hinweg (Gesamtdurchschnitt).

Das neu vorgeschlagene Verfahren ergibt immer ein Gleichgewicht (Nullsummenspiel) für die Abgaben und die Beiträge in den Risikoausgleich. Das bisher in Artikel 6 Absatz 3 beschriebene Korrekturverfahren ist nicht mehr nötig, weshalb diese Bestimmung ersatzlos aufgehoben werden kann.

Absätze 4 und 5

Diese Bestimmungen fanden sich bisher in Artikel 5 Absätze 1 und 2. Neu wird jedoch der Gesamtdurchschnitt anders berechnet. Die neue Berechnung ist in Absatz 3 dargelegt. Die Bestimmungen haben ansonsten keine materielle Änderung erfahren.

Absatz 6

Materiell wird an dieser Bestimmung nichts geändert. Daten von Versicherern, denen im Jahr vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung entzogen wurde, werden bei der Berechnung des Risikoausgleichs des Ausgleichsjahrs nicht berücksichtigt. Ausgenommen sind von dieser Regelung nach wie vor Versicherer, deren Vermögen und Bestand nach Artikel 11 des Gesetzes übertragen wurde. Weil es aber mit der neuen Berechnungsmethode keinen provisorischen Risikoausgleich mehr gibt, muss der Begriff "Berechnung des provisorischen Risikoausgleichs" durch "Berechnung des Risikoausgleichs" ersetzt werden.

Vorgehen bei Versicherten, die den Versicherer wechseln (Artikel 6a)

Der besseren Übersichtlichkeit wegen wird vorgeschlagen, die speziellen Bestimmungen für die Versicherten, die den Versicherer wechseln, also die Absätze 2^{bis} - 2^{quater}, im geltenden Artikel 6 zu entfernen und im separaten neuen Artikel 6a zusammenzufassen. Der Wortlaut der Bestimmungen hat keine Änderung erfahren. Die Bestimmung wird mit "Vorgehen bei Versicherten, die den Versicherer wechseln" bezeichnet.

Rückstellungen (Artikel 6b)

Hierbei handelt es sich um den geltenden Artikel 6a, der jedoch zwei Anpassungen erfährt. Die Umnummerierung ist nötig, weil Artikel 6a nicht mehr zur Verfügung steht. Die Risikogruppen sind in Artikel 2 definiert. Der bisherige falsche Verweis in Buchstabe a wird ersatzlos gestrichen. Die neue Berechnung des Risikoausgleichs verlangt eine Anpassung in Buchstabe b. Zu berücksichtigen sind künftig nicht mehr die Veränderungen der Durchschnittskosten, sondern der Nettoleistungen. Die Bestimmungen haben keine materielle Änderung erfahren.

Datenlieferung (Artikel 10)

Absatz 1

Der bisher verwendete Begriff der Kosten wird durch den treffenden Begriff der Bruttoleistungen ersetzt. Die Bestimmungen haben keine materielle Änderung erfahren.

Absatz 2^{bis}

In der Vergangenheit führte die Formulierung "bekannten Aufenthalte" bei den Versicherern zu Unklarheiten bzw. unterschiedlichen Interpretationen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat deshalb diesen Begriff bereits in ihrem Leitfaden präzisiert. Es ist sinnvoll, diese Präzisierung in der Verordnung festzuhalten. Aufgrund der teilweise neuen Bestimmungen und Umnummerierungen muss im Verordnungstext auf Artikel 6a Absätze 2 und 3 verwiesen werden.

Kontrolle der Daten (Artikel 11)

Absatz 1^{bis} (neu)

Seit dem Jahr 2012 wird im Risikoausgleich neben den bisherigen Faktoren Alter und Geschlecht zusätzlich das erhöhte Krankheitsrisiko berücksichtigt. Für Versicherte, die im Vorjahr einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim mit der Dauer von mindestens drei aufeinander folgenden Nächten aufweisen, erhalten die Versicherer höhere Beiträge aus dem Risikoausgleich

resp. müssen weniger hohe Abgaben in den Risikoausgleich leisten als für Versicherte, die im Vorjahr keinen solchen Aufenthalt aufweisen. Eine ausreichende Kontrolle der von den Krankenversicherern gelieferten Daten ist somit noch bedeutsamer als bisher. Aufgrund der finanziellen und ordnungspolitischen Bedeutung des Risikoausgleichs muss das bisher geltende Ausmass und Niveau der Prüfungen auf jeden Fall beibehalten werden. Nicht nur der Krankenversicherer selbst muss die Richtigkeit und Vollständigkeit der Datenlieferungen bestätigen, sondern auch dessen Revisionsstelle muss der Gemeinsamen Einrichtung KVG einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten einreichen. Diesen Berichten kommt eine zentrale Rolle zu. Entsprechend hohe Anforderungen, besonders in Bezug auf deren Aussagekraft, sind an sie zu stellen. Es ist deshalb hilfreich, wenn das BAG künftig Weisungen über Form und Inhalt des Berichtes erlassen kann. Das BAG kann so bei Bedarf einen Prüfstandard festlegen. Ziel der neuen Bestimmung ist es, eine wirksame Kontrolle und aussagekräftige Berichte der Kontrollstelle sicherzustellen. Der Prüfstandard wird allerdings nicht auf Verordnungsstufe festgeschrieben, so dass die nötige Flexibilität gewährleistet bleibt. Damit sollten fehlerhafte Datenlieferungen in den Risikoausgleich erkannt und Neuberechnungen des Risikoausgleichs verhindert werden. Schliesslich wird damit das Vertrauen in die Datenqualität, eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz des Risikoausgleichs, erhöht.

Zahlungsfristen (Artikel 12)

Absatz 1 Buchstaben b und c

Aufgrund der neuen Berechnungsmethode fällt eine der drei bisherigen Zahlungen in den Risikoausgleich weg. Nach der Akontozahlung erfolgt neu nur noch eine Zahlung, nämlich die Schlusszahlung aufgrund der Berechnung des Risikoausgleichs nach Artikel 6 im Folgejahr.

Der bisherige Buchstabe b kann daher gestrichen werden. In Buchstabe c kann auf den Zusatz definitiv vor dem Wort Berechnung verzichtet werden. Zudem wird präzisiert, dass für die Bestimmung der Schlusszahlung die bereits geleistete Akontozahlung vom Ergebnis der Berechnung nach Artikel 6 abgezogen wird.

Absatz 2

Die Akontozahlung wird erhöht und beläuft sich neu auf 50 Prozent der Risikoausgleichszahlungen für das vorletzte Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr. Damit wird sichergestellt, dass, trotz Wegfall des provisorischen Risikoausgleichs, Empfängerinnen bereits im Ausgleichsjahr wesentliche Zahlungen erhalten. Dies dient der Sicherstellung der Liquidität dieser Versicherer. Die Zahlungsfristen für die Akontozahlungen werden nicht angepasst.

Absatz 3

Aufgrund der neuen Berechnungsmethode fällt eine der drei bisherigen Zahlungen in den Risikoausgleich, nämlich die Zahlung für den provisorischen Risikoausgleich, weg. Es erübrigt sich daher auch die Regelung von Zahlungsfristen für den provisorischen Risikoausgleich. Die entsprechenden Bestimmungen werden ersatzlos gestrichen.

In Absatz 3 werden neu die Zahlungsfristen für die Schlusszahlung aufgrund der Berechnung nach Artikel 6, abzüglich der geleisteten Akontozahlung, geregelt. Die Zahlungen werden wie die bisherigen Zahlungen aufgrund der definitiven Berechnung im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, geleistet. Die Zahlungsfristen werden aber auf den 15. August resp. den 15. September vorgezogen.

Absatz 4

Diese Bestimmung fand sich bisher in Artikel 12 Absatz 5. Neu wird sie in den Absatz 4 verschoben. Aufgrund der Neugestaltung des Artikels muss auch der Verweis auf den Absatz betreffend Verzugszinsen angepasst werden.

Absatz 5

Die bisher in Artikel 12 Absatz 6 geregelte Bestimmung soll aufgrund des Wegfalls des provisorischen Risikoausgleichs entsprechend geändert in Absatz 5 geregelt sein. Die Verrechnung von Forderungen und Schulden von Versicherern aus Risikoausgleichen verschiedener Jahre sowie aus Akonto- und Schlusszahlungen ist weiterhin nicht zulässig. Der Absatz wird nicht materiell angepasst.

Absatz 6

Eine ähnlich lautende Bestimmung fand sich bisher in Artikel 12 Absatz 7. Die Bestimmung wird neu in den Absatz 6 verschoben. Mit der einstufigen Berechnung des Risikoausgleichs werden Zinszahlungen nur noch aufgrund der Akontozahlung vorgenommen. Der Begriff provisorische Berechnung ist daher mit Akontozahlung zu ersetzen und der Zusatz definitiv im Terminus definitive Berechnung fällt weg. Hingegen wird neu auf den Artikel 6 verwiesen. Im letzten Satz erfolgt zudem eine sprachliche Präzisierung, wobei das Wort Risikoausgleich mit Ausgleichsjahr ersetzt wird.

Fonds (Artikel 13)

Absatz 1

Der Fonds ist auch künftig nötig, weil Zinsen auflaufen aufgrund der zeitlich versetzten Ein- und Auszahlungstermine für die Akontozahlungen und die Schlusszahlungen. Die Anpassungen im ersten Satz der Bestimmung sind Folge der neu nur noch einstufigen Berechnung des Risikoausgleichs mit einer Akontozahlung und einer Schlusszahlung.

Übergangsbestimmung

In der Übergangsbestimmung der Revision wird festgehalten, dass für den definitiven Risikoausgleich 2013 das bisherige Recht gilt. Das neue Recht kommt erst für den Risikoausgleich 2014 und die Folgenden zur Anwendung. Infolge der nach neuem Recht nur noch einstufigen Berechnung des Risikoausgleichs ist es sinnvoll, dass die Akontozahlung im Jahr 2014 bzw. 2015 die Hälfte des (nach bisherigem Recht berechneten) definitiven Risikoausgleichs 2012 bzw. 2013 beträgt. Bei der Budgetierung ist diesem Umstand Rechnung zu tragen.

In-Kraft-Treten

Das In-Kraft-Treten der Änderungsverordnung wurde auf den 1. Januar 2014 festgesetzt.

5 Anhang: Zeitplan Risikoausgleich 2014

Zeitplan Risikoausgleich 2014

Juni 2013 Berechnung Akontozahlung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG (1/2 des def. RA 2012, der gleichzeitig berechnet wird)

15. Februar 2014 Zahlung Akontozahlung (Abgaben) durch die Krankenversicherer

15. März 2014 Zahlung Akontozahlung (Beiträge) an die Krankenversicherer

30. April 2014 Datenlieferung 1 durch die Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG

Juni 2014 Berechnung Gruppendurchschnitte durch die Gemeinsame Einrichtung KVG. Diese werden in der Berechnung im Juni 2015 verwendet.

30. April 2015 Datenlieferung 2 durch die Versicherer an die Gemeinsame Einrichtung KVG

Juni 2015 Berechnung Risikoausgleich durch die Gemeinsame Einrichtung KVG (Berechnung Gesamtdurchschnitt, Abgabe- und Beitragssätze sowie Abgaben und Beiträge der Krankenversicherer)

15. August 2015 Schlusszahlung aufgrund der Berechnung des Risikoausgleichs (Abgaben) durch die Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Akontozahlung

15. September 2015 Schlusszahlung aufgrund der Berechnung des Risikoausgleichs (Beiträge) an die Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Akontozahlung

2012	2013	2014	2015
Erfassung der Aufenthalte im Spital oder Pflegeheim durch die Krankenversicherer für die Datenlieferung 1	Erfassung Versicherungsmonate, Bruttoleistungen, Kostenbeteiligung in den einzelnen Risikogruppen durch die Krankenversicherer für die Datenlieferung 1 Erfassung der Aufenthalte im Spital oder Pflegeheim durch die Krankenversicherer für die	Erfassung Versicherungsmonate in den einzelnen Risikogruppen durch die Krankenversicherer für die Datenlieferung 2	

Datenlieferung 2