

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)

Geltendes Recht	Vorentwurf für die Vernehmlassung vom ...
<p>Ingress <i>Der schweizerische Bundesrat,</i> gestützt auf die Artikel 16 Absatz 4, 17 Absatz 3 sowie 17a Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), <i>verordnet:</i></p>	<p><i>Ingress</i> <i>Der Schweizerische Bundesrat</i> <i>verordnet:</i></p>
<p>Art. 1 Indikatoren Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch folgende Indikatoren der Morbidität abgebildet:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Alter; b. Geschlecht; c. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim; d. pharmazeutische Kostengruppen (PCG). 	<p><i>Art. 1 Sachüberschrift</i> <i>Indikatoren der Morbidität</i></p>
<p>Art. 3 Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim</p> <p>¹ Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr aufweist, der mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte gedauert hat.</p> <p>² Für die Bestimmung des Aufenthalts im Vorjahr nach Absatz 1 werden Aufenthalte im Vorjahr in einem der folgenden Spitäler oder Pflegeheime berücksichtigt, sofern für den Aufenthalt Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht wurden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>³ Nicht berücksichtigt werden Aufenthalte wegen Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe b KVG.</p> <p>⁴ Für die Zuteilung auf die Kalenderjahre ist der Zeitraum des Aufenthalts massgebend. Dauert der Aufenthalt über den Jahreswechsel hinaus an, so gilt:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Die Nacht vom 31. Dezember auf den 1. Januar wird dem Eintrittsjahr zugerechnet. 	<p><i>Art. 3 Sachüberschrift und Abs. 2 Bst. b</i> <i>Indikator Aufenthalt</i></p> <p>² Für die Bestimmung des Aufenthalts im Vorjahr nach Absatz 1 werden Aufenthalte im Jahr vor dem Ausgleichsjahr (Vorjahr) in einem der folgenden Spitäler oder Pflegeheime berücksichtigt, sofern für den Aufenthalt Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht wurden:</p> <ol style="list-style-type: none"> b. ein Spital, das einen Vertrag nach Artikel 49a KVG abgeschlossen hat.

<ul style="list-style-type: none"> b. 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. c. 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. 	
<p>Art. 5 Indikator PCG</p> <p>¹ Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person aufgrund ihres Arzneimittelbezugs im Vorjahr die Voraussetzungen für die Einteilung in eine PCG erfüllt.</p> <p>² Eine versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen für die Einteilung in eine PCG, wenn sie im Vorjahr eine bestimmte Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen oder eine bestimmte Mindestanzahl Packungen von Arzneimitteln bezogen hat:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die auf der PCG-Liste dieser PCG zugeordnet sind; b. die im Zeitpunkt der Abgabe auf der Spezialitätenliste waren; c. deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden; und d. die nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind. <p>³ Massgebend ist die PCG-Liste, die im Zeitpunkt der Berechnung des Risikoausgleichs in Kraft ist.</p> <p>⁴ Für die Zuteilung der abgegebenen Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe massgebend.</p> <p>⁵ Das EDI legt die Mindestanzahl der standardisierten Tagesdosen oder der Arzneimittelpackungen für jede PCG fest.</p>	<p><i>Art. 5 Abs. 2 Bst. b</i></p> <p>² Eine versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen für die Einteilung in eine PCG, wenn sie im Vorjahr eine bestimmte Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen oder eine bestimmte Mindestanzahl Packungen von Arzneimitteln bezogen hat:</p> <ul style="list-style-type: none"> b. die im Zeitpunkt der Abgabe auf der Spezialitätenliste oder auf der Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste nach Artikel 3^{sexies} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung waren;
	<p><i>Art. 5a Bestimmung des Versichertenbestands</i></p> <p>Für die Bestimmung des Versichertenbestands nach Artikel 16a KVG sind die Versicherungsmonate der Versicherten massgebend.</p>
<p>Art. 6 Datenlieferung</p> <p>¹ Für die Gruppierung der Daten und die Berechnung des Risikoausgleichs muss der Versicherer der gemeinsamen Einrichtung nach deren Weisungen pro versicherte Person und Kalenderjahr auf eigene Kosten folgende Daten liefern:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Wohnkanton; b. AHV-Nummer in pseudonymisierter Form; 	<p><i>Art. 6 Sachüberschrift, Abs. 1 Einleitungssatz und Bst. e-j sowie Abs. 2</i></p> <p>Lieferung der Daten von in der Schweiz wohnhaften Versicherten</p> <p>¹ Für die Berechnung des Risikoausgleichs muss der Versicherer der gemeinsamen Einrichtung nach deren Weisungen pro in der Schweiz wohnhafte versicherte Person und pro Kalenderjahr auf eigene Kosten folgende Daten liefern.</p>

<ul style="list-style-type: none"> c. Geburtsjahr; d. Geschlecht; e. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim; f. GTIN-Code und Anzahl Packungen pro Arzneimittel der Spezialitätenliste; g. Anzahl Monate, während deren die Person bei ihm versichert ist; h. Bruttoleistungen abzüglich der Rückerstattungen, die ihm Inhaberinnen von Zulassungen für Arzneimittel geleistet haben; i. Kostenbeteiligungen. <p>² Er gliedert die Daten in zwei Datensätze. Der erste Datensatz enthält die Daten für das Jahr vor der Datenlieferung, der zweite diejenigen für das vorletzte Jahr vor der Datenlieferung.</p> <p>³ Die Versicherer müssen die Daten bis zum 31. März liefern.</p> <p>⁴ Für die Datenlieferung zu berücksichtigen sind die bis Ende Februar abgerechneten Leistungen und erfassten Änderungen des Versichertenbestandes, die das für den Datensatz massgebliche Kalenderjahr betreffen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> e. Vorliegen oder Nichtvorliegen eines Aufenthalts in einem Spital oder Pflegeheim; f. GTIN-Code und Anzahl Packungen pro Arzneimittel der Spezialitätenliste oder der Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste; g. Anzahl Monate, während deren die Person bei ihm versichert ist (Versicherungsmonate); h. Bruttoleistungen abzüglich der Rückerstattungen, die ihm Inhaberinnen von Zulassungen für Arzneimittel geleistet haben (Bruttoleistungen); i. Kostenbeteiligungen; j. Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 1 KVG (Kantonsbeitrag). <p>² Der Versicherer gliedert die Daten in zwei Datensätze. Der erste Datensatz enthält die Daten für das Ausgleichsjahr, der zweite diejenigen für das Jahr vor dem Ausgleichsjahr.</p>
	<p><i>Art. 6a Lieferung der Daten von im Ausland wohnhaften Versicherten</i></p> <p>¹ Für die Berechnung des Risikoausgleichs muss der Versicherer der gemeinsamen Einrichtung nach deren Weisungen pro Kalenderjahr auf eigene Kosten die Versicherungsmonate der im Ausland wohnhaften Versicherten in aggregierter Form liefern, gegliedert nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Altersgruppe; b. Geschlecht; c. den in Deutschland wohnhaften Versicherten, den in Frankreich wohnhaften Versicherten und den in allen übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten; d. den in der Schweiz versicherten Grenzgängerinnen und Grenzgängern: Kanton, in dem sich der Arbeitsort befindet. e. bei in der Schweiz versicherten Grenzgängerinnen und Grenzgängern: Kanton, in dem sich der Arbeitsort befindet. <p>² Der Versicherer liefert die Daten für das Ausgleichsjahr in einem Datensatz.</p> <p>³ Er muss die Daten bis zum 31. März liefern.</p> <p>⁴ Für die Datenlieferung zu berücksichtigen sind die bis Ende Februar erfassten Änderungen des Versichertenbestandes, die das für den Datensatz massgebliche Kalenderjahr betreffen.</p> <p>⁵ Für die Bestimmung des Anteils nach Artikel 17 Absatz 5 KVG muss der Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) periodisch Daten zu dem in der Schweiz und im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen liefern, jeweils gegliedert nach den in Deutschland wohnhaften Versicherten, den in Frankreich wohnhaften Versicherten und den in allen übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten.</p>

<p>Art. 8 Kontrolle der Daten</p> <p>¹ Die Revisionsstellen der Versicherer reichen der gemeinsamen Einrichtung bis zum 15. April einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Artikel 6 gelieferten Daten ein.</p> <p>² Die gemeinsame Einrichtung überprüft mit den von ihr für diese Aufgabe bezeichneten Revisionsstellen die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten mittels Stichproben.</p> <p>³ Die Versicherer tragen die bei ihnen durch die Stichproben anfallenden Kosten selber.</p> <p>⁴ Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kann Weisungen über die durch die Revisionsstellen vorzunehmenden Prüfungen erlassen.</p>	<p><i>Art. 8 Abs. 1 und 4</i></p> <p>¹ Die Revisionsstellen der Versicherer reichen der gemeinsamen Einrichtung bis zum 15. April einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach den Artikeln 6 und 6a gelieferten Daten ein.</p> <p>⁴ Das BAG kann Weisungen über die durch die Revisionsstellen vorzunehmenden Prüfungen erlassen.</p>
<p>Art. 9 Versichertenbestände</p> <p>¹ Für die Festlegung der Versichertenbestände eines Versicherers ist die Versicherungsdauer seiner Versicherten in Monaten massgebend.</p> <p>² Bei der Festlegung der Versichertenstände nicht berücksichtigt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. im Ausland wohnhafte Personen, die auf vertraglicher Basis nach den Artikeln 7a und 132 Absatz 3 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) versichert sind; b. Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d–e^{bis} KVV; c. Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, die 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, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres unter 19 Jahre alt sind. 	<p><i>Art. 9</i></p> <p><i>Aufgehoben</i></p>
<p>Art. 10 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten</p> <p>¹ Die gemeinsame Einrichtung führt die Datensätze der Versicherer zusammen. Sie sorgt dafür, dass auch bei Versicherten, die den Versicherer gewechselt haben, die Daten zu den Indikatoren der Morbidität aus dem Vorjahr vollständig in die Berechnung einfließen.</p> <p>² Sie verbindet die Daten pro versicherte Person zu Kanton, Alter und Geschlecht, zu den Nettoleistungen und zu den Versicherungsmonaten mit den Daten zu den weiteren Indikatoren der Morbidität aus dem Vorjahr.</p> <p>³ Stellt sie aufgrund der Daten des ersten Datensatzes nach Artikel 6 Absatz 2 fest, dass eine versicherte Person 13 oder mehr Versicherungsmonate aufweist, so meldet sie jedem betroffenen Versicherer:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. die entsprechende Zeilennummer der Datenlieferung der betroffenen Versicherer; 	<p><i>Art. 10 Abs. 1 und 2</i></p> <p>¹ Die gemeinsame Einrichtung führt die Datensätze nach Artikel 6 zusammen. Sie sorgt dafür, dass auch bei Versicherten, die den Versicherer gewechselt haben, die Daten zu den Indikatoren der Morbidität aus dem Vorjahr vollständig in die Berechnung einfließen.</p> <p>² Sie verbindet die Daten pro versicherte Person zu Kanton, Alter und Geschlecht, zu den Nettoleistungen und zu den Versicherungsmonaten mit den Daten zu den weiteren Indikatoren der Morbidität aus dem Vorjahr. Die Nettoleistungen entsprechen den Bruttoleistungen abzüglich der Kostenbeteiligungen und des Kantonsbeitrags.</p>

<p>b. Name und Kennnummer des oder der anderen Versicherer.</p>	
<p>Art. 11 Einteilung der Versicherten in Risikogruppen Die gemeinsame Einrichtung teilt die Versicherten pro Kanton nach Alter und Geschlecht und je nach Vorliegen oder Nichtvorliegen eines erhöhten Krankheitsrisikos aufgrund des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim in Risikogruppen ein.</p>	<p><i>Art. 11 Einteilung der Versicherten in Risikogruppen</i> Die gemeinsame Einrichtung teilt die Versicherten pro Kanton nach Alter und Geschlecht und je nach Vorliegen oder Nichtvorliegen eines erhöhten Krankheitsrisikos aufgrund des Indikators Aufenthalt in Risikogruppen ein.</p>
<p>Art. 18a Berechnung der Entlastung für junge Erwachsene ¹ Die Entlastung nach Artikel 16a KVG beträgt pro Kanton 50 Prozent der Differenz zwischen der Summe der Risikoabgaben aller Versicherer für die jungen Erwachsenen und der Summe der Ausgleichsbeiträge und Zuschläge für PCG aller Versicherer für die jungen Erwachsenen. ² Sie wird unter den Versicherern proportional zur Anzahl der jungen Erwachsenen, die bei ihnen im betreffenden Kanton versichert sind, aufgeteilt. Massgebend sind die Versichertenbestände der Versicherer nach Artikel 9 im Ausgleichsjahr. ³ Die Versicherer tragen die Entlastung proportional zur Anzahl der bei ihnen im betreffenden Kanton Versicherten, die am 31. Dezember 26 Jahre und älter sind. Massgebend sind die Versichertenbestände der Versicherer nach Artikel 9 im Ausgleichsjahr. ⁴ Die gemeinsame Einrichtung berechnet pro Kanton: a. die Entlastung und den Anteil jedes Versicherers an der Entlastung; b. den Anteil jedes Versicherers an der Finanzierung der Entlastung.</p>	<p><i>Art. 18a Berechnung der Entlastung für junge Erwachsene</i> ¹ Die Entlastung nach Artikel 16b KVG beträgt pro Kanton 50 Prozent der Differenz zwischen der Summe der Risikoabgaben aller Versicherer für die jungen Erwachsenen und der Summe der Ausgleichsbeiträge und Zuschläge für PCG aller Versicherer für die jungen Erwachsenen. ² Sie wird unter den Versicherern proportional zur Anzahl der jungen Erwachsenen, die bei ihnen im betreffenden Kanton versichert sind, aufgeteilt. Massgebend sind die im Ausgleichsjahr im Kanton wohnhaften Versicherten. ³ Die Versicherer tragen die Entlastung proportional zur Anzahl der bei ihnen im betreffenden Kanton wohnhaften Versicherten, die am 31. Dezember 26 Jahre und älter sind. Massgebend sind die im Ausgleichsjahr im Kanton wohnhaften Versicherten. ⁴ Die gemeinsame Einrichtung berechnet pro Kanton: a. die Entlastung und den Anteil jedes Versicherers an der Entlastung; b. den Betrag für die Finanzierung der Entlastung und den Anteil jedes Versicherers an der Finanzierung der Entlastung.</p>
	<p><i>Art. 18b Zuordnung der Versicherungsmonate zu einem Kanton</i> ¹ Die gemeinsame Einrichtung ordnet die Versicherungsmonate der Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die in der Schweiz versichert sind, dem Kanton zu, in dem sich der Arbeitsort der Grenzgängerin oder des Grenzgängers befindet. ² Sie ordnet die Versicherungsmonate der übrigen im Ausland wohnhaften Versicherten den Kantonen proportional zur Anzahl der in den einzelnen Kantonen wohnhaften Versicherten zu.</p>
	<p><i>Art. 18c Bildung der Referenzgruppe</i> ¹ Referenzgruppen nach Artikel 17 Absatz 4 KVG werden pro Kanton bestimmt. Sie wird aus den Versicherten gebildet, die im Kanton wohnen, dem die Versicherungsmonate zugeordnet sind, und die derselben Altersgruppe und demselben Geschlecht angehören wie die im Ausland wohnhafte versicherte Person. ² Für die Referenzgruppe wird das durchschnittliche erhöhte Krankheitsrisiko in Bezug auf die Indikatoren Aufenthalt und PCG ermittelt.</p>

	<p><i>Art. 18d Zuweisung des erhöhten Krankheitsrisikos in Bezug auf die Indikatoren Aufenthalt und PCG</i></p> <p>Die gemeinsame Einrichtung weist den Versicherungsmonaten der im Ausland wohnhaften Versicherten, das durchschnittliche erhöhte Krankheitsrisiko in Bezug auf die Indikatoren Aufenthalt und PCG der Referenzgruppe zu.</p>
	<p><i>Art. 18e Bestimmung des Anteils der in der Schweiz in Anspruch genommenen Leistungen</i></p> <p>¹ Das EDI bestimmt den Anteil nach Artikel 17 Absatz 5 KVG für die in Deutschland wohnhaften Versicherten, für die in Frankreich wohnhaften Versicherten und für die in allen übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten. Dazu verwendet es die Daten nach Artikel 6a Absatz 5.</p> <p>² Es überprüft den Anteil periodisch und passt ihn bei Bedarf an.</p>
	<p><i>Art. 18f Berechnung der Abgabe- und Beitragssätze für im Ausland wohnhafte Versicherte</i></p> <p>¹ Die Abgabe- und Beitragssätze für im Ausland wohnhafte Versicherte werden im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, berechnet. Dazu multipliziert die gemeinsame Einrichtung den nach Artikel 18e bestimmten Anteil mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. den Zuschlägen für PCG nach Artikel 15; b. den Abgabe- und Beitragssätzen für Risikogruppen nach Artikel 18; c. der Entlastung und dem Betrag für die Finanzierung der Entlastung nach Artikel 18a Absatz 4. <p>² Die Versicherer bezahlen oder erhalten für die Versicherungsmonate ihrer im Ausland wohnhaften Versicherten die nach Absatz 1 ermittelten Beträge nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Altersgruppe; b. Geschlecht; c. den Indikatoren Aufenthalt und PCG nach Artikel 18d; d. Wohnsitzstaat, aufgeteilt auf den Wohnsitzstaat Deutschland, den Wohnsitzstaat Frankreich und alle übrigen Wohnsitzstaaten; e. Kanton nach Artikel 18b.
	<p><i>Art. 18g Zusammenführung der Berechnungen</i></p> <p>¹ Die gemeinsame Einrichtung addiert die nach Artikel 18f Absatz 2 berechneten Beträge pro Kanton.</p> <p>² Sie teilt den Gesamtbetrag jedes Kantons proportional zur Anzahl der im betreffenden Kanton wohnhaften Versicherten unter deren Versicherern auf.</p> <p>³ Bei einem positiven Wert des kantonalen Gesamtbetrages erhalten die Versicherer einen Ausgleichsbeitrag für ihre im Kanton wohnhaften Versicherten.</p>

	<p>4 Bei einem negativen Wert des kantonalen Gesamtbetrages bezahlen die Versicherer eine Risikoabgabe zulasten ihrer im Kanton wohnhaften Versicherten.</p>
<p>Art. 19</p> <p>¹ Für den Risikoausgleich jedes Ausgleichsjahres leistet beziehungsweise erhält jeder Versicherer:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine Akontozahlung, die der Hälfte der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrags entspricht, die er für den Risikoausgleich des vorletzten Kalenderjahres vor dem Ausgleichsjahr geleistet beziehungsweise erhalten hat; b. eine Schlusszahlung aufgrund der Berechnung nach den Artikeln 9–18a, abzüglich der bereits geleisteten Akontozahlung. <p>² Die Akontozahlung ist zu leisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung: bis zum 15. Februar des Ausgleichsjahres; b. für Ausgleichsbeiträge, die den Versicherern von der gemeinsamen Einrichtung bezahlt werden: bis zum 15. März des Ausgleichsjahres. <p>³ Die Schlusszahlung ist zu leisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung: bis zum 15. August des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt; b. für Ausgleichsbeiträge, die den Versicherern von der gemeinsamen Einrichtung bezahlt werden: bis zum 15. September des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt. <p>⁴ Die gemeinsame Einrichtung muss die Ausgleichsbeiträge an die Versicherer auch dann bezahlen, wenn nicht alle Versicherer ihre Risikoabgaben bezahlt haben. Stehen am Stichtag noch Zahlungen der Versicherer aus, so kann die gemeinsame Einrichtung die Auszahlungen aufgrund der eingegangenen Risikoabgaben proportional kürzen. Sie muss die ausstehenden Ausgleichsbeiträge nach dem Eingang der verspäteten Risikoabgaben entrichten und um die Einnahmen aus den Verzugszinsen nach Absatz 7 erhöhen.</p> <p>⁵ Nicht zulässig sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Verrechnung von Forderungen und Schulden von Versicherern aus dem Risikoausgleich unterschiedlicher Jahre sowie aus Akonto- und Schlusszahlungen; b. die Verrechnung von Forderungen und Schulden unterschiedlicher Versicherer, mit Ausnahme der Verrechnung von Forderungen und Schulden unterschiedlicher Versicherer bei deren späterer Fusion. <p>⁶ Die im Rahmen der Akontozahlung gegenüber der Berechnung nach den Artikeln 9–18a 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. Der Zins entspricht der Rendite der Bundesobligationen, soweit diese positiv ist. Die gemeinsame Einrichtung vergütet und fordert die Zinsen bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt.</p>	<p><i>Art. 19 Abs. 1 Bst. b und Abs. 6</i></p> <p>¹ Für den Risikoausgleich jedes Ausgleichsjahres leistet beziehungsweise erhält jeder Versicherer:</p> <ul style="list-style-type: none"> b. eine Schlusszahlung aufgrund der Berechnung nach den Artikeln 10–18g, abzüglich der bereits geleisteten Akontozahlung. <p>⁶ Die im Rahmen der Akontozahlung gegenüber der Berechnung nach den Artikeln 10–18g 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. Der Zins entspricht der Rendite der Bundesobligationen, soweit diese positiv ist. Die gemeinsame Einrichtung vergütet und fordert die Zinsen bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt.</p>

<p>⁷ Versicherer, welche die geschuldeten Zahlungen nicht fristgerecht leisten, schulden der gemeinsamen Einrichtung einen Verzugszins von 5 Prozent pro Jahr.</p>	
<p>Art. 20 Saldoabrechnung und Information</p> <p>¹ Die gemeinsame Einrichtung meldet jedem Versicherer bis zum 10. Juni in Bezug auf den Risikoausgleich des Vorjahres:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. die ihn betreffende Saldoabrechnung pro Kanton und Risikogruppe mit folgenden Angaben: <ol style="list-style-type: none"> 1. die Versicherungsmonate, 2. die Summe der Risikoabgaben und die Summe der Ausgleichsbeiträge, 3. die Summe der Zuschläge für PCG, 4. die Summe der Entlastungen und die Summe der Belastungen aufgrund der Überwälzung des Anteils des Versicherers an der Finanzierung der Entlastung, 5. das Total der Summen nach den Ziffern 2, 3 und 4; b. folgende Daten pro Person, die im Ausgleichsjahr bei ihm versichert war: <ol style="list-style-type: none"> 1. die PCG im Vorjahr, 2. die Angabe, ob die Person einen Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr aufweist, 3. die Angabe, ob die Person im Vorjahr den Versicherer gewechselt hat. <p>² Sie übermittelt die Daten nach Absatz 1 Buchstabe b mit der Zeilennummer der Datenlieferung des Versicherers.</p>	<p><i>Art. 20 Abs. 1 Bst. a Einleitungssatz, Bst. b Einleitungssatz und Ziff. 3 sowie Bst. c</i></p> <p>¹ Die gemeinsame Einrichtung meldet jedem Versicherer bis zum 10. Juni in Bezug auf den Risikoausgleich des Vorjahres:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. die ihn betreffende Saldoabrechnung pro Kanton und Risikogruppe der in der Schweiz wohnhaften Versicherten mit folgenden Angaben: b. folgende Daten pro Person, die im Ausgleichsjahr bei ihm versichert und in der Schweiz wohnhaft war: <ol style="list-style-type: none"> 3. die Angabe, ob die Person im Vorjahr den Versicherer gewechselt hat; c. die ihn betreffende Saldoabrechnung pro Kanton der in Deutschland wohnhaften Versicherten, in Frankreich wohnhaften Versicherten und in allen übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten mit folgenden Angaben: <ol style="list-style-type: none"> 1. die Versicherungsmonate, 2. die Summe der Risikoabgaben und die Summe der Ausgleichsbeiträge nach Artikel 18f Absatz 2.
<p>Art. 21 Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten</p> <p>¹ Melden die Versicherer eine fehlerhafte Datenlieferung erst nach Ablauf von 30 Tagen seit der Zustellung der Saldoabrechnungen nach Artikel 20, so kann die gemeinsame Einrichtung die Neuberechnung des Risikoausgleichs verweigern.</p> <p>² Die Neuberechnung ist ausgeschlossen, wenn die Meldung mehr als zwei Jahre nach Ablauf der Frist nach Artikel 6 Absatz 3 gemacht wird.</p> <p>³ Die gemeinsame Einrichtung kann den Versicherern, die fehlerhafte Daten geliefert haben, die sich zu ihren Gunsten ausgewirkt haben, nach der Verweigerung der Neuberechnung nach den Absätzen 1 und 2 den ihnen daraus entstandenen Vorteil in Rechnung stellen. Der daraus erhaltene Betrag wird den anderen Versicherern nach deren umsatzmässigem Anteil an den Risikoabgaben und den Ausgleichsbeiträgen der betreffenden Kalenderjahre ausbezahlt.</p>	<p><i>Art. 21 Abs. 2</i></p> <p>² Die Neuberechnung ist ausgeschlossen, wenn die Meldung mehr als zwei Jahre nach Ablauf der Frist nach Artikel 6 Absatz 3 beziehungsweise Artikel 6a Absatz 3 gemacht wird.</p>

⁴ Die Ansprüche von Versicherern, die fehlerhafte Daten geliefert haben, die sich zu ihren Ungunsten ausgewirkt haben, verirken mit der Verweigerung der Neuberechnung nach den Absätzen 1 und 2.

⁵ Handelt es sich bei den Beträgen nach Absatz 3 um Bagatellbeträge, so bringt die gemeinsame Einrichtung diese auf der Rechnung betreffend die Verwaltungskosten in Abzug.

Art. 22

¹ Die gemeinsame Einrichtung liefert dem BAG jährlich:

- a. die bei den Versicherern erhobenen Daten nach Artikel 6 zum Zweck der Weiterentwicklung des Risikoausgleichs, der Durchführung der Wirkungsanalyse nach Artikel 17a Absatz 2 KVG und der Führung von Statistiken;
- b. die berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge der Versicherer nach Kantonen und für die ganze Schweiz.

² Sie erstellt nach jeder Berechnung des Risikoausgleichs eine Statistik:

- a. auf der Basis der Daten des ersten Datensatzes nach Artikel 6 Absatz 2 über:
 1. die Abgabe- und Beitragssätze für die Risikogruppen, nach Kantonen,
 2. die Zuschläge für PCG,
 3. die Teuerungsfaktoren, nach Kantonen,
 4. die Entlastung der Versicherer pro junge erwachsene Person, nach Kantonen,
 5. die Belastung der Versicherer pro versicherte Person, die 26 Jahre und älter ist, aufgrund der Überwälzung der Anteile der Versicherer an der Finanzierung der Entlastung, nach Kantonen;
- b. auf der Basis der Daten der beiden Datensätze nach Artikel 6 Absatz 2 über:
 1. die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen, nach Risikogruppen und nach Kantonen und für die ganze Schweiz,
 2. die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen, nach PCG, für die ganze Schweiz,
 3. die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen der Versicherten, die in PCG eingeteilt sind, nach Risikogruppen und nach PCG, für die ganze Schweiz,
 4. die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen der Versicherten, die in keine PCG eingeteilt sind, nach Risikogruppen, für die ganze Schweiz,

Art. 22 Abs. 1, 2 Bst. b Ziff. 1–4 und c sowie Abs. 6 Bst. c und d

¹ Die gemeinsame Einrichtung liefert dem BAG jährlich:

- a. die bei den Versicherern erhobenen Daten nach den Artikeln 6 und 6a zum Zweck der Weiterentwicklung des Risikoausgleichs, der Durchführung der Wirkungsanalyse nach Artikel 17a Absatz 2 KVG und der Führung von Statistiken;
- b. die berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge der Versicherer für ihre in der Schweiz wohnhaften Versicherten, nach Kantonen;
- c. die nach Artikel 18f Absatz 2 berechneten Beträge der Versicherer für ihre:
 1. in Deutschland wohnhaften Versicherten,
 2. in Frankreich wohnhaften Versicherten,
 3. in allen übrigen Wohnsitzstaaten wohnhaften Versicherten.

² Sie erstellt nach jeder Berechnung des Risikoausgleichs eine Statistik:

- b. auf der Basis der Daten der beiden Datensätze nach Artikel 6 Absatz 2 über:
 1. die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen, die Kostenbeteiligungen und den Kantonsbeitrag, nach Risikogruppen und nach Kantonen und für die ganze Schweiz,
 2. die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen, die Kostenbeteiligungen und den Kantonsbeitrag, nach PCG, für die ganze Schweiz,
 3. die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen, die Kostenbeteiligungen und den Kantonsbeitrag der Versicherten, die in PCG eingeteilt sind, nach Risikogruppen und nach PCG, für die ganze Schweiz,
 4. die Versicherungsmonate, die Bruttoleistungen, die Kostenbeteiligungen und den Kantonsbeitrag der Versicherten, die in keine PCG eingeteilt sind, nach Risikogruppen, für die ganze Schweiz,

<p>5. die Versicherungsmonate der Versicherten, die mindestens in eine weitere PCG eingeteilt sind, nach PCG, für die ganze Schweiz,</p> <p>6. die Anzahl der Versicherten, die 13 oder mehr Versicherungsmonate aufweisen, mit den Namen und Kenn-Nummern ihrer Versicherer, nach Kantonen,</p> <p>7. die Anzahl der Versicherten, die in zwei aufeinander folgenden Jahren jeweils 13 oder mehr Versicherungsmonate aufweisen, mit den Namen und Kenn-Nummern ihrer Versicherer, nach Kantonen.</p> <p>^{2bis} Risikogruppen, die aus Versicherten bestehen, die zusammen weniger als 120 Versicherungsmonate aufweisen, werden in der Statistik nicht ausgewiesen.</p> <p>³ Sie erstellt jährlich einen Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs.</p> <p>⁴ Die Statistik und der Bericht sind jährlich bis zum 10. Juni zu veröffentlichen.</p> <p>⁵ ...</p> <p>⁶ Die gemeinsame Einrichtung veröffentlicht zum Zweck der Berechnung der Prämien der jungen Erwachsenen jährlich bis zum 10. Juni folgende nach Artikel 6 gelieferte Daten zu den Kindern in aggregierter Form: nach Geschlecht und nach Vorliegen eines Spitalaufenthalts im Vorjahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Versicherungsmonate: nach Kantonen und für die ganze Schweiz; b. Bruttoleistungen: nach Kantonen und für die ganze Schweiz; c. Kostenbeteiligungen: nach Kantonen und für die ganze Schweiz. 	<p>c. auf der Basis der Daten nach Artikel 6a über:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. die Versicherungsmonate, nach Kanton, für Deutschland, für Frankreich und für alle übrigen Wohnsitzstaaten; 2. die Summe der Beträge nach Artikel 18f Absatz 2, nach Kanton, für Deutschland, für Frankreich und für alle übrigen Wohnsitzstaaten; 3. die Summe der Ausgleichsbeiträge nach Artikel 18g Absatz 3 und die Summe der Risikoabgaben nach Artikel 18g Absatz 4, nach Kanton. <p>⁶ Die gemeinsame Einrichtung veröffentlicht zum Zweck der Berechnung der Prämien der jungen Erwachsenen jährlich bis zum 10. Juni folgende nach Artikel 6 gelieferte Daten zu den Kindern in aggregierter Form: nach Geschlecht und nach Vorliegen eines Spitalaufenthalts im Vorjahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Kostenbeteiligungen: nach Kantonen und für die ganze Schweiz; d. Kantonsbeitrag: nach Kantonen.
<p>Art. 23 Verwaltungskosten</p> <p>¹ Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der in ihren Versichertenbeständen nach Artikel 9 versicherten Personen die Verwaltungskosten des Risikoausgleichs.</p> <p>² Als Verwaltungskosten des Risikoausgleichs gelten namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 8 Absatz 3. 	<p><i>Art. 23 Abs. 1</i></p> <p>¹ Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der in ihrem Versichertenbestand versicherten Personen die Verwaltungskosten des Risikoausgleichs.</p>

<p>Art. 24 Fonds</p> <p>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 geüfnet. Die Mittel dieses Fonds werden von der gemeinsamen Einrichtung verwendet, um bei geringfügigen Zahlungsausständen die Ausgleichsbeiträge ohne Kürzung termingemäss auszahlen oder anfallende negative Zinsen bezahlen zu können.</p> <p>² Auflaufende Zinsen, die den Betrag von 500 000 Franken übersteigen, bringt die gemeinsame Einrichtung den Versicherern nach deren umsatzmässiger Beteiligung am Risikoausgleich im Vorjahr auf der Rechnung betreffend Verwaltungskosten in Abzug.</p> <p>³ Die gemeinsame Einrichtung erlässt ein Fondsreglement.</p>	<p><i>Art. 24</i> <i>Aufgehoben</i></p>
<p>Art. 28 Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen</p> <p>¹ Die gemeinsame Einrichtung kann einem Versicherer, der seiner Datenlieferungs- und Zahlungspflicht nicht in genügender Weise nachkommt oder fehlerhafte Daten liefert, den dadurch entstandenen Mehraufwand in Rechnung stellen.</p> <p>² Kommt der Versicherer trotz schriftlicher Mahnung der gemeinsamen Einrichtung seiner Datenlieferungs- und Zahlungspflicht in wiederholter Weise nicht nach, so kann das BAG die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entziehen.</p>	<p><i>Art. 28 Abs. 2</i></p> <p>² Kommt der Versicherer trotz schriftlicher Mahnung der gemeinsamen Einrichtung seiner Datenlieferungs- und Zahlungspflicht in wiederholter Weise nicht nach, so kann ihm das BAG die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entziehen.</p>
	<p><i>Art. 32b Übergangsbestimmungen zur Änderung vom...</i></p> <p>¹ Für die Datenlieferung der Versicherer im Jahr 2028 für den Risikoausgleich des Ausgleichsjahres 2027 und für die Berechnung des Risikoausgleichs des Ausgleichsjahres 2027 gilt das bisherige Recht.</p> <p>² Die Statistik nach Artikel 22 Absatz 2 Buchstabe c ist im Jahr 2029 für den Risikoausgleich des Ausgleichsjahres 2028 zum ersten Mal zu erstellen.</p>