

**Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)
Anhörung vom 7. Dezember 2015 – 1. April 2016**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Amt : santésuisse

Abkürzung Firma / Organisation / Amt :

Adresse : Römerstrasse 20

Kontaktperson : Isabel Kohler

Telefon : +41 32 625 4131

E-Mail : Isabel.Kohler@santesuisse.ch

Datum : 01.04.2016

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Zeile einfügen: Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren, Control C für Kopieren, Control V für Einfügen
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte als **Word**-Dokument bis am **1. April 2016** an folgende E-Mail-Adresse:
Corinne.Erne@bag.admin.ch

1. Allgemeine Bemerkungen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Frau Erne
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die uns mit Schreiben vom Dezember 2015 eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme. Wir unterbreiten Ihnen mit diesem Schreiben unsere grundsätzliche Beurteilung zur geplanten Änderung der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).

Die Versicherer begrüßen grundsätzlich das Abbilden von chronischen Krankheiten mittels PCG im Risikoausgleich.

Allerdings sind die Versicherer der Auffassung, dass die Entwicklung des Risikoausgleichs nicht isoliert beurteilt werden kann, sondern muss Teil einer globalen Reflexion über das Hauptproblem des Schweizer Gesundheitssystems - nämlich seine Kostenentwicklung - sein. Derzeit fehlt es den Versicherern an den notwendigen Werkzeugen die Wirtschaftlichkeit des Systems zu gewährleisten zumal das Gesundheitswesen und die Kosten angebotsgetrieben sind.

Aus unserer Sicht ist der vorliegende Verordnungsentwurf in einigen Punkten zu präzisieren.

1.1 Allgemeine Bemerkungen zu Abschnitt 1: Indikatoren der Morbidität

- **Das Abbilden von chronischen Krankheiten mittels PCG im Risikoausgleich ist aus Sicht der Mehrheit Versicherer zu begrüßen.**
- **Die Problematik mit durch die Patienten nicht eingereichten Rechnungen (tiers garant) ist im Entwurf der VORA aber nicht gelöst.**
- **Leistungserbringer sind ausdrücklich in die Pflicht zu nehmen, im Tiers Payant (Rechnungen) wie auch im Tiers Garant (Belege und Quittungen). Gestützt auf Art. 42 Abs. 3 KVG muss das Departement gegebenenfalls die notwendige Regelung erlassen.**
- **Die Verwendung der GTIN ist praktikabel und sinnvoll. Die Mehrheit der Versicherer fordert, dass jene Versicherer, welche überwiegend nach Pharmacode abrechnen eine Überleitung/Konvertierliste Pharmacode-GTIN zur einheitlichen Verwendung erhalten.**
- **Es ist zudem sicherzustellen, dass die von Leistungserbringern ausgestellten Rechnungen alle notwendigen Angaben enthalten.**
- **Aktuell fordern alle Versicherer eine Testphase für die Umsetzung der PCG, damit die Praktikabilität und die Auswirkungen getestet werden können.**

1.2 Allgemeine Bemerkung zu Abschnitt 2: Datenlieferung und Kontrolle der Daten

- **In der aktuellen Rechnungsdaten-Situation können die Versicherer die Vollständigkeit der Informationen nicht vollständig sicherstellen. Fehlender Detaillierungsgrad der elektronisch gelieferten Rechnungen, unvollständige Rechnungen oder manuelle Leistungsbelege machen eine Gruppierung der Daten / Zuteilung der Medikamente teilweise unmöglich. Um allfällige Verzerrungen innerhalb des Risikoausgleichs zu verhindern, ist zum Zeitpunkt der Einführung der PCG sicherzustellen, dass die Daten vorgängig in einem Detaillierungsgrad geliefert werden, der geeignet ist um die Berechnungen des Risikoausgleich auf einer statistisch robusten Basis durchführen zu können.**

1.3 Allgemeine Bemerkung zu Abschnitt 3: Berechnung des Risikoausgleichs

- **Es stellt sich die Frage, welche Daten an die Versicherer zurückfliessen. Da die Berechnungen respektive Resultate des Risikoausgleichs in die Prämienkalkulation und -berechnung einfließen, muss der Rückfluss der Informationen unbedingt in der VORA geregelt sein.**

<ul style="list-style-type: none"> • Die Mehrheit der Versicherer fordert eine Art Teuerung (Kostensteigerungsfaktor) einzubeziehen.
1.4 Allgemeine Bemerkung zu Abschnitt 4: Risikoausgleichszahlungen
<ul style="list-style-type: none"> • Verschiedenen Versicherer möchten die Akontozahlungen gerne in Raten bezahlen.
1.5 Allgemeine Bemerkung zu Abschnitt 5: Saldoabrechnungen und Korrekturen
Keine allgemeinen Bemerkungen.
1.6 Allgemeine Bemerkung zu Abschnitt 6: Berichterstattung
<ul style="list-style-type: none"> • Die Daten nach Art. 7 erhält das BAG bereits von den Versicherern im Rahmen der Individualdatenlieferung mit den Lieferungen EFIND1 und EFIND2. Die Lieferung erfolgt ebenfalls Ende April. Nicht nachzuvollziehen für die Versicherer ist der Zweck der Lieferung der Individualdaten mit dem Umweg über die Gemeinsame Einrichtung KVG. Im Rahmen der Lieferung der Individualdaten EFIND1 und EFIND2 ist sicherzustellen, dass die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, damit eine Datenlieferung der entsprechenden Daten überhaupt erfolgen kann. • Für die tägliche Arbeit der Versicherer ist die Statistik des Risikoausgleichs von grosser Bedeutung. Der Versicherer muss wissen, welche und wie viele seiner Kunden in den PCG eingeteilt wurden und in welche. Zudem muss er sich selber in den Statistiken identifizieren können. • Beim Design der Statistik und bei der Festlegung des Inhaltes müssen die Versicherer zwingend einbezogen werden.
1.7 Allgemeine Bemerkung zu Abschnitt 7: Finanzierung und Durchführung
Keine allgemeinen Bemerkungen.
1.8 Allgemeine Bemerkung zu Abschnitt 8: Datenschutz, Verfahren und Aufsichtsmaßnahmen
Keine allgemeinen Bemerkungen.
1.9 Allgemeine Bemerkung zu Abschnitt 9: Wirkungsanalyse
Keine allgemeinen Bemerkungen.
1.10 Allgemeine Bemerkung zu Abschnitt 10: Schlussbestimmungen
<ul style="list-style-type: none"> • In der ganzen Verordnung ist nicht vorgesehen, für den neuen Risikoausgleich einen Probelauf oder einen Test durchzuführen. Deshalb fordern alle Versicherer für eine solch markante und grundlegende Änderung des Risikoausgleichs zwingend einen vorgängigen Testlauf. • Voraussetzung für die Durchführung von Testläufen ist die rechtzeitige Festlegung der PCG und sämtlicher Elemente, welche die Erhebung und Bereitstellung der Daten beeinflussen. Alle relevanten Elemente sind dringend zu definieren und im Rahmen der Testläufe zu prüfen.

2. Stellungnahme zu den einzelnen Artikeln

Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
<p>Art. 1 Indikatoren</p> <p>Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch folgende Indikatoren der Morbidität abgebildet:</p> <p>a. Alter; b. Geschlecht; c. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim; d. pharmazeutische Kostengruppen (PCG);</p> <p>e. Arzneimittelkosten.</p>	<p>Das Abbilden von chronischen Krankheiten mittels PCG im Risikoausgleich ist aus Sicht der Mehrheit der Versicherer zu begrüssen.</p> <p>Für eine Minderheit der Versicherer sind PCG nicht geeignet, den Risikoausgleich zu verbessern. Insbesondere im Bereich tiers garant gibt es ein Informationsproblem: Patienten, welche den Selbstbehalt nicht erreichen, reichen ihre Rechnungen beim Versicherer nicht ein. Somit können diese Informationen nicht in den Risikoausgleich einfließen, was eine Verzerrung der Resultate ergibt.</p> <p>Für eine Minderheit der Versicherer ist dieser Indikator zu streichen. Da ein Ausgleich von Arzneimittelkosten keine Risiken ausgleicht, sondern ein reiner Kostenausgleich ist. Ausserdem müsste bei der Beibehaltung des Indikators Arzneimittelkosten die zu definierende Kostenschranke gestützt auf eine detaillierte Analyse ermittelt werden.</p>	<p>e. Arzneimittelkosten.</p>
<p>Art. 2 Indikator Alter</p> <p>Für die Zuteilung der Versicherten zu einer Altersgruppe ist das Geburtsjahr der Versicherten massgebend. Es gibt folgende Altersgruppen:</p> <p>a. Versicherte von 19–25 Jahren;</p>		

<p>b. Versicherte von 26–90 Jahren, eingeteilt in Gruppen von je fünf Jahren; c. Versicherte ab 91 Jahren.</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> <p>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> <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> <p>a. Ein Aufenthalt mit einer Dauer von drei bis fünf Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in dem die Mehrzahl der</p>		

<p>Übernachtungen angefallen ist; bei je zwei Nächten wird der Aufenthalt dem Eintrittsjahr zugerechnet.</p> <p>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.</p>		
<p>Art. 4 PCG-Liste</p> <p>1 Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erlässt eine Liste der PCG. Eine PCG umfasst die Arzneimittel, die bestimmte Wirkstoffe enthalten, die für die Behandlung eines bestimmten besonders kostenintensiven Krankheitsbildes eingesetzt werden. Ein Wirkstoff kann nur einer PCG zugeordnet werden.</p> <p>2 In der PCG-Liste werden zu jeder PCG die Arzneimittel aufgeführt, die die Wirkstoffe enthalten, die dieser PCG zugeordnet sind. Zu jedem dieser Arzneimittel wird die weltweit geltende Handelsnummer (Global Trade Item Number, GTIN) und die Anzahl der standardisierten Tagesdosen pro Darreichungsform und pro Packung angegeben.</p>	<p>Die Rechtsgrundlage dieses Absatzes muss nochmals geklärt werden. Im Verordnungsvorschlag fehlt es an objektiven Kriterien nach welchen das EDI, die Liste der PCG bestimmt, respektive revidiert. Insbesondere der Satzteil «...besonders kostenintensiven Krankheitsbildes...» lässt dem EDI einen zu grossen Ermessensspielraum und muss konkretisiert werden. Zudem sollen die Versicherer die Möglichkeit haben Eingaben und Anpassungsanträge einreichen zu können.</p> <p>Die Verwendung der GTIN ist praktikabel und sinnvoll. Aktuell ist der GTIN nicht bei allen Versicherern vorhanden. Somit können nicht alle Versicherer die Kompensationszahlungen für die betroffenen Versicherten korrekt einfordern. Die Mehrheit der Versicherer fordert, dass jene Versicherer, welche überwiegend nach Pharmacode abrechnen eine Überleitung/Konvertierliste Pharmacode-GTIN zur einheitlichen Verwendung erhalten.</p> <p>Es ist zudem sicherzustellen, dass die von Leistungserbringern ausgestellten Rechnungen alle notwendigen Angaben enthalten. Es ist zu analysieren, welche Arbeiten noch auszuführen sind, damit die Versicherer die entsprechenden Codes erhalten, denn ein Teil der Rechnungen sind zur Zeit nicht vollständig (nicht leserlich, Fehlen des Pharmacode). Es existiert ebenfalls das Problem der Identifikation ob es sich um Anzahl Tabletten oder Anzahl Packungen handelt.</p> <p>Die Bedingung, dass Tagesdosen pro Darreichungsform und pro Packung angegeben werden sollen, ist zu ergänzen mit</p>	<p>2 In der PCG-Liste werden zu jeder PCG die Arzneimittel aufgeführt, die die Wirkstoffe enthalten, die dieser PCG zugeordnet sind. Zu jedem dieser Arzneimittel wird die weltweit geltende Handelsnummer (Global Trade Item Number, GTIN) und die Anzahl der standardisierten Tagesdosen (<u>bei der Verrechnung von Einzeltabletten werden diese über Packungsgrösse bestimmt</u>) pro Darreichungsform und pro Packung angegeben.</p>

<p>3 Enthält ein Arzneimittel mehrere Wirkstoffe, so wird der Hauptwirkstoff der PCG zugeordnet.</p> <p>4 Das EDI kann Hierarchisierungen unter den PCG vorsehen, wenn mehrere PCG das gleiche oder ein verwandtes gesundheitliches Problem betreffen.</p> <p>5 Es wird von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission beraten 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 Spezialitätenliste aufgenommen werden.</p>	<p>einer klaren Regelung, wenn einzelne Tabletten verrechnet werden.</p> <p>Aktuell fordern alle Versicherer eine Testphase für die Umsetzung der PCG, damit die Praktikabilität und die Auswirkungen getestet werden können.</p> <p>Ziel des Tests ist es, die festgelegten Prinzipien für die Kostenberechnung zu validieren. Weitere Details zu der geforderten Testphase sind in den Kommentaren zu Art. 34 und Art. 35 zu finden.</p> <p>Versicherte können gemäss Kommentar nur der hierarchisch höchsten PCG zugeordnet werden. Zu Art. 16 Abs. 2 steht im Kommentar, dass, wenn eine versicherte Person mehrere PCG aufweist und die entsprechenden PCG nicht hierarchisch organisiert sind, erhält der Versicherer für diese Person Zuschläge für alle PCG, in die sie eingeteilt wurde. Damit wird sichergestellt, dass das Risiko für polymorbide Versicherte angemessen ausgeglichen wird.</p> <p>Eine Hierarchisierung von PCG und die zugrundliegende Bestimmung, welches gesundheitliche Problem schwerer ist, muss in Zweifelsfällen ebenfalls in der EAK beraten werden. Dasselbe gilt im Zweifelsfall für die Bestimmung des Hauptwirkstoffes.</p>	<p>5 Es wird von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission beraten bei der Zuordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln zu einer PCG, <u>der Bestimmung des Hauptwirkstoffes</u> und <u>der Hierarchisierung von PCG</u>, bei der Festlegung der standardisierten Tagesdosen, wenn Arzneimittel neu oder für eine zusätzliche Indikation in die Spezialitätenliste aufgenommen werden.</p>
--	--	--

<p>Art. 5 Indikator PCG</p> <p>1 Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person aufgrund ihres Arzneimittelbezugs im Vorjahr in eine PCG eingeteilt wird.</p> <p>2 Eine versicherte Person wird in eine PCG eingeteilt, wenn sie im Vorjahr eine bestimmte Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen von Arzneimitteln der Spezialitätenliste bezogen hat:</p> <p>a. die auf der PCG-Liste dieser PCG zugeordnet sind;</p> <p>b. deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden; und</p> <p>c. die nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind.</p> <p>3 Massgebend ist die PCG-Liste, die am 1. Mai des Ausgleichsjahres in Kraft ist.</p>	<p>Versicherer mit einem grossen Anteil im Bereich Tiers Garant sind durch den Ansatz strukturell benachteiligt. Für alle nicht eingereichten Rechnungen kann keine Zuteilung zu einer PCG vorgenommen werden. Als Lösungsansatz wäre die elektronische Übermittlung der notwendigen Daten über den Kauf von Medikamenten durch die Apotheken denkbar.</p> <p>Es handelt sich hier zweifellos um eine wichtige Lücke des Systems, die nicht hinnehmbar ist. Es wird deshalb von Seiten der Versicherer beantragt, eine Folgenabschätzung über das Zusammenspiel zwischen den PCG-Kriterien, den hohen Franchisen und dem Tiers Garant durchzuführen. Es sei hier darauf hingewiesen, dass sowohl die hohen Franchisen als auch der Tiers Garant im KVG ausdrücklich als Standard vorgesehen sind. Je nach Resultat der Studie müssen anschliessend angemessene Lösungen gefunden werden.</p> <p>Die PCG müssen den Versicherern bis am 10. Juni pro Versicherten inklusive der Zuordnung des Versicherten zu der Morbiditätsgruppe sowie die Zuschläge pro Morbiditätsgruppe zugestellt werden, damit diese die Prämien korrekt berechnen können.</p> <p>Mittels Berücksichtigung der Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen (DDD) für die Einteilung in PCG wird erreicht, dass nur Versicherte mit einer Langzeittherapie in PCG eingeteilt werden.</p> <p>Ein wichtiger Aspekt ist aber, dass bei sehr vielen kostenintensiven Wirkstoffen keine DDD definiert sind. Der Aufwand zur Definition von DDD's in Bereichen wie der Onko-/Immunologie, der heute kostenintensivsten therapeutischen Gruppe, kann beträchtlich sein und ist nicht zu unterschätzen.</p> <p>Als Vereinfachung schlagen verschiedene Versicherer vor, die Bildung einer Prä-PCG in der obersten Hierarchie zu prüfen, welche alle Versicherten mit sehr hohen Medikamentenkosten (Vorschlag: über CHF 50'000) enthält.</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 nach Absatz 2 fest.</p>		
<p>Art. 6 Indikator Arzneimittelkosten</p> <p>1 Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person im Vorjahr Arzneimittel der Spezialitätenliste bezogen hat:</p> <p>a. die auf der PCG-Liste, die am 1. Mai des Ausgleichsjahres in Kraft ist, nicht aufgeführt sind;</p> <p>b. deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;</p> <p>c. die Arzneimittel nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind; und</p> <p>d. der vom Versicherer bezahlte Anteil an den Kosten dieser Arzneimittel, einschliesslich der Kostenbeteiligungen, (Bruttoleistungen) über einer bestimmten Kostenschranke liegt.</p> <p>2 Das EDI legt die Kostenschranke fest.</p> <p>3 Für die Zuteilung der Bruttoleistungen für Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe der Arzneimittel massgebend.</p>	<p>Gemäss Verordnungsvorschlag und Aussagen des BAG fallen verschiedene Medikamente und Arzneimittel für den Risikoausgleich weg (welche bis anhin aber noch berücksichtigt wurden). Diese müssen nach Auffassung der Versicherer in die Berechnungen des Risikoausgleichs einfließen. Dabei handelt es sich um folgende Arzneimittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magistralrezepturen gemäss Arzneimittelliste mit Tarif; • Arzneimittel, die aus wirtschaftlichen Gründen von der OKP übernommen werden (Beispielsweise grand frère); • off-Label-Use-Medikamente; • Zusatzentgelte wie Arzneimittel und Blutprodukte gemäss SwissDRG System 5.0/2016, Anlage 2 und 3; • Impfstoffe und Blutprodukte im ambulanten Bereich. <p>Auch im Kommentar zur Verordnung wird nicht transparent aufgezeigt, aufgrund welcher Kriterien oder mit Unterstützung welches beratenden Gremiums (z.B. der EAK) die Kostenschranke festgelegt wird. Wir befürworten eine versicherungsmathematische Festlegung der Kostenschranke und lehnen eine Festlegung nach subjektiven Angaben ab.</p>	

	<p>Für eine Minderheit der Versicherer ist dieser Indikator zu streichen. Da ein Ausgleich von Arzneimittelkosten keine Risiken ausgleicht, sondern ein reiner Kostenausgleich ist. Der Einbezug von Arzneimittelkosten betrifft zudem nicht zwingend chronische Krankheiten und Personen mit Langzeittherapie. Diese werden mit den PCG abgedeckt.</p> <p>Ausserdem müsste bei der Beibehaltung des Indikators Arzneimittelkosten die zu definierende Kostenschranke gestützt auf eine detaillierte Analyse ermittelt werden.</p>	<p>Art. 6 Indikator Arzneimittelkosten</p> <p>1 Ein erhöhtes Krankheitsrisiko wird angenommen, wenn eine versicherte Person im Vorjahr Arzneimittel der Spezialitätenliste bezogen hat:</p> <p>a. die auf der PCG-Liste, die am 1. Mai des Ausgleichsjahres in Kraft ist, nicht aufgeführt sind;</p> <p>b. deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;</p> <p>c. die Arzneimittel nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind; und</p> <p>d. der vom Versicherer bezahlte Anteil an den Kosten dieser Arzneimittel, einschliesslich der Kostenbeteiligungen, (Bruttoleistungen) über einer bestimmten Kostenschranke liegt.</p> <p>2 Das EDI legt die Kostenschranke fest.</p> <p>3 Für die Zuteilung der Bruttoleistungen für Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe der Arzneimittel massgebend.</p>
<p>Art. 7 Datenlieferung</p> <p>1 Für die Gruppierung der Daten und die Berechnung des Risikoausgleichs muss der Versicherer der gemeinsamen Einrichtung nach deren Weisungen und in pseudonymisierter Form pro versicherte Person folgende Daten liefern:</p> <p>a. Wohnkanton;</p>	<p>In der aktuellen Rechnungsdaten-Situation können die Versicherer die Vollständigkeit der Informationen nicht vollständig sicherstellen. Fehlender Detaillierungsgrad der elektronisch gelieferten Rechnungen, unvollständige Rechnungen oder manuelle Leistungsbelege machen eine Gruppierung der Daten / Zuteilung der Medikamente teilweise unmöglich. Hier sind die Leistungserbringer ausdrücklich in die Pflicht zu nehmen, im Tiers Payant (Rechnungen) wie auch im Tiers Garant (Belege und Quittungen). Gestützt auf Art. 42 Abs. 3 KVG muss das Departement gegebenenfalls die notwendige Regelung erlassen.</p>	<p>1 Für die Gruppierung der Daten und die Berechnung des Risikoausgleichs muss der Versicherer der gemeinsamen Einrichtung nach deren Weisungen und in pseudonymisierter Form pro versicherte Person folgende Daten liefern:</p> <p>a. Wohnkanton;</p>

<p>b. Versichertennummer der AHV; c. Geburtsjahr; d. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim; e. GTIN-Code, Anzahl Packungen und Bruttoleistungen für Arzneimittel; f. Anzahl Monate, während deren die Person bei ihm versichert ist; g. Bruttoleistungen; h. Kostenbeteiligungen.</p> <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 30. April liefern.</p> <p>4 Für die Datenlieferung zu berücksichtigen sind die bis zwei Monate vor Ablauf der Frist nach Absatz 3 abgerechneten Leistungen und erfassten Änderungen des Versichertenbestandes, die das für die Datenerhebung massgebliche Kalenderjahr betreffen.</p>	<p>Weiter wird darauf hingewiesen, dass es eine Inkohärenz besteht zum Gesetz über das elektronischen Patientendossier (ePDG), wo eine andere Personenidentifikationsnummer verwendet wird.</p> <p>Für die richtige Einteilung der Person in eine Risikoklasse fehlt die Angabe des Geschlechts.</p>	<p>b. Versichertennummer der AHV; c. Geburtsjahr;</p> <p><u>d. Geschlecht</u> e. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim; f. GTIN-Code, Anzahl Packungen und Bruttoleistungen für Arzneimittel; g. Anzahl Monate, während deren die Person bei ihm versichert ist; h. Bruttoleistungen; i. Kostenbeteiligungen.</p>
<p>Art. 8 Daten nicht mehr aktiver Versicherer</p> <p>1 Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, müssen keine Daten für den Risikoausgleich liefern.</p> <p>2 Hingegen müssen für Versicherer, deren Vermögen und</p>		

<p>Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach den Artikeln 2 und 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014 (KVAG) übertragen wurde, die übernehmenden Versicherer die Daten für den Risikoausgleich liefern.</p>		
<p>Art. 9 Kontrolle der Daten</p> <p>1 Die Revisionsstellen der Versicherer reichen der gemeinsamen Einrichtung einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten ein.</p> <p>2 Die gemeinsame Einrichtung überprüft mit den von ihr für diese Aufgabe bezeichneten Revisionsstellen die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Artikel 7 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>Art. 10 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</p>	<p>Die Versicherungsdauer der Versicherten in Monaten ist mit dem Gerichtsurteil des Bundesgerichts zu koordinieren, welches entschied, dass die Versicherungsdauer in Tagen zu berechnen ist (Urteil vom 3. Dezember 2015 (9C_268/2015)).</p>	

<p>Versichertenstände nicht berücksichtigt werden:</p> <p>a. im Ausland wohnhafte Personen, die auf vertraglicher Basis nach den Artikeln 7a und 132 Absatz 3 der Verordnung vom 27. Juni 19953 über die Krankenversicherung (KVV) versichert sind;</p> <p>b. Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e KVV;</p> <p>c. Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, die sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen;</p> <p>d. Versicherte nach den Artikeln 4 und 5 KVV, sofern bei ihnen nicht eine Prämie für Versicherte mit Wohnort in der Schweiz erhoben wird;</p> <p>e. Versicherte, die gestützt auf das Übereinkommen vom 30. November 1979 über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer der schweizerischen Krankenversicherung unterstellt sind;</p> <p>f. Versicherte, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres unter 19 Jahre alt sind (Kinder).</p>		
<p>Art. 11 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</p>	<p>Die Resultate sind im Rahmen der Prämienberechnung ein nicht zu unterschätzender Bestandteil, so dass wir einen Rückfluss der in Absatz 2 dieses Artikels sowie Artikel 24 Absatz 2 beschriebenen Resultate zu den Versicherern als notwendig betrachten.</p> <p>Da die Berechnungen respektive Resultate des Risikoausgleichs in die Prämienkalkulation und -berechnung</p>	

<p>Geschlecht, den Nettoleistungen und den Versicherungsmonaten mit den Daten zu den weiteren Indikatoren der Morbidität aus dem Vorjahr.</p>	<p>einfließen, muss der Rückfluss der Informationen unbedingt in der VORA geregelt sein.</p> <p>Die Daten müssen von der Gemeinsamen Einrichtung KVG vor dem 10. Juni an die Versicherer geliefert werden (inklusive der Zuordnung des Versicherten zu der Morbiditätsgruppe sowie die Zuschläge pro Morbiditätsgruppe). Die Zusammenführung muss pro versicherte Person erfolgen.</p>	
<p>Art. 12 Einteilung der Versicherten in Risikogruppen</p> <p>Die Versicherten werden 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 eingeteilt.</p>		
<p>Art. 13 Einteilung im Zusammenhang mit PCG und Arzneimittelkosten</p> <p>1 Die gemeinsame Einrichtung teilt aufgrund der Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln Versicherte in die entsprechenden PCG ein.</p> <p>2 Sie legt anhand der Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln und deren Kosten fest, bei welchen Versicherten aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten ein erhöhtes Krankheitsrisiko besteht.</p>		
<p>Art. 14 Berechnung der Gruppendurchschnitte</p> <p>Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen der einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg für das Kalenderjahr</p>	<p>Die Mehrheit der Versicherer fordert eine Art Teuerung (Kostensteigerungsfaktor) einzubeziehen. Die Berechnung des Risikoausgleichs auf einem sehr unvollständigen Behandlungsjahr von nur gerade 14 Monaten macht wenig</p>	<p>Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen der einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg für das <u>vorletzte</u> Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet (Gruppendurchschnitt) <u>und</u></p>

<p>vor dem Ausgleichsjahr berechnet (Gruppendurchschnitt). Für die Berechnung sind massgebend:</p> <p>a. die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Einteilung der Versicherten in Risikogruppen;</p> <p>b. die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr;</p> <p>c. die Nettoleistungen der einzelnen Versicherer in den einzelnen Risikogruppen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.</p>	<p>Sinn. Ein gut ausgebauter Risikoausgleich darf nicht auf einer unvollständigen Datenbasis beruhen. Die Daten zum vorletzten Kalenderjahr werden gemäss Art. 7 im Ausgleichsjahr erneut geliefert und umfassen 26 Behandlungsmonate, was ein fast vollständiges Behandlungsjahr ergibt. Die vom Vorvorjahr auf das Vorjahr erfolgte Teuerung (Kostensteigerungsfaktor) lässt sich sehr einfach aus den Daten (Vorjahr und Vorvorjahr) ermitteln. Die berechneten Durchschnitte und Ansätze auf den Daten des Vorvorjahres lassen sich mit der Teuerung auf das Nettoleistungsniveau des Vorjahres anheben. Der so berechnete Risikoausgleich basiert so auf dem korrekten Nettoleistungsniveau des Vorjahres und bleibt prospektiv.</p> <p>Eine Unterscheidung der Versicherer ist für die Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen nicht notwendig und zu streichen.</p> <p>Die Minderheit der Versicherer spricht sich dafür aus, die vom Vorvorjahr auf das Vorjahr erfolgte Teuerung (Kostensteigerungsfaktor) nicht zu berücksichtigen.</p> <p>Ein Mechanismus, der eine De-facto-Inflation darstellt, schafft zusätzliche negative Anreize. Eine solch vordefinierte Inflation basiert auf keiner objektiven Grundklage und könnte die Versicherer dazu verleiten, die Kostenkontrolle – eine ihrer Hauptaufgaben – zu vernachlässigen.</p>	<p><u>danach mit der aus den Daten ermittelten Teuerung auf das Nettoleistungsniveau des Kalenderjahrs vor dem Ausgleichsjahr angehoben.</u> Für die Berechnung sind massgebend:</p> <p>a. die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im <u>vorvorletzten</u> Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Einteilung der Versicherten in Risikogruppen;</p> <p>b. die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im <u>vorletzten</u> Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr;</p> <p>c. die Nettoleistungen der einzelnen Versicherer in den einzelnen Risikogruppen im <u>vorletzten</u> Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.</p> <p><u>d. die durchschnittlichen Nettoleistungen des vorletzten und des letzten Kalenderjahrs vor dem Ausgleichsjahr für die Berechnung der Teuerung.</u></p> <p>Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen der einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg für das <u>vorletzte</u> Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet (Gruppendurchschnitt). Für die Berechnung sind massgebend:</p> <p>a. die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im <u>vorvorletzten</u> Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Einteilung der Versicherten in Risikogruppen;</p> <p>b. die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im <u>vorletzten</u> Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr;</p> <p>c. die Nettoleistungen der einzelnen Versicherer in den einzelnen Risikogruppen im <u>vorletzten</u> Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.</p>
<p>Art. 15 Berechnung der erwarteten Gesamtnettoleistungen und Gesamtdurchschnitt</p> <p>1 Im Jahr, das dem Ausgleichsjahr folgt, werden die erwarteten Gesamtnettoleistungen der einzelnen Risikogruppen für das Ausgleichsjahr</p>		

<p>berechnet. Für die Berechnung sind massgebend:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 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 Artikel 14 berechneten Gruppenschneitel im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr. <p>2 Aus den erwarteten Gesamtnettoleistungen der einzelnen Risikogruppen nach Absatz 1 werden pro versicherte Person im Kanton für das Ausgleichsjahr die erwarteten durchschnittlichen Nettoleistungen aller Versicherer über alle Risikogruppen hinweg berechnet (Gesamtdurchschnitt).</p>		
<p>Art. 16 Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten</p> <p>1 Die Versicherer erhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. für ihre Versicherten mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators PCG: Zuschläge für PCG; b. für ihre Versicherten mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten: Zuschläge für Arzneimittelkosten. <p>2 Ist eine versicherte Person in mehrere PCG eingeteilt, unter denen es eine Hierarchisierung gibt, so erhält der Versicherer den Zuschlag nur für die hierarchisch höchste PCG.</p>	<p>Müsste hier nicht erwähnt werden, wie das Vorgehen ist, wenn es keine Hierarchisierung gibt? Die Regelung des Vorgehens, wenn es keine Hierarchisierung gibt, muss stufengerecht in der Verordnung aufgeführt sein. Eine Erwähnung des Vorgehens lediglich im Kommentar ist zu wenig.</p>	<p>2 Ist eine versicherte Person in mehrere PCG eingeteilt, unter denen es eine Hierarchisierung gibt, so erhält der Versicherer den Zuschlag nur für die hierarchisch höchste PCG. <u>Weist eine versicherte Person mehrere PCG auf und sind die entsprechenden PCG nicht hierarchisch organisiert, erhält der Versicherer für diese Person Zuschläge für alle PCG, in die sie eingeteilt wurde.</u></p>

<p>Art. 17 Festlegung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten</p> <p>1 Im Ausgleichsjahr werden die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten mit einem Regressionsverfahren festgelegt. Das Verfahren minimiert die Summe der quadrierten Residualkosten der einzelnen Versicherten. Die Residualkosten einer versicherten Person entsprechen der Differenz ihrer Nettoleistungen zum Gruppendurchschnitt ihrer Risikogruppe nach Artikel 14 unter Berücksichtigung der Abweichungen vom Gruppendurchschnitt, die aufgrund ihrer Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln und deren Kosten zu erwarten sind.</p> <p>2 Für die Festlegung der Zuschläge sind massgebend:</p> <ul style="list-style-type: none">a. die Arzneimittel, die im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr abgegeben wurden, zur Einteilung der Versicherten in PCG sowie zur Festlegung des erhöhten Krankheitsrisikos aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten;b. die Versichertenbestände und die Nettoleistungen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr. <p>3 Die Zuschläge für PCG und für Arzneimittelkosten werden in der Berechnung nur berücksichtigt, sofern ihre Werte positiv sind.</p>		

<p>Art. 18 Finanzierung der Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten</p> <p>Die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten werden durch eine Anpassung der Abgabe- und Beitragssätze für Risikogruppen finanziert. Die einzelnen Beträge werden für jede Risikogruppe separat berechnet. Massgebend sind für jede Risikogruppe die Zahl der Versicherten, für die Zuschläge für PCG oder Arzneimittelkosten ausgerichtet werden, sowie die Höhe dieser Zuschläge.</p>		
<p>Art. 19 Abgabe- und Beitragssätze für Risikogruppen</p> <p>1 Der nach Artikel 18 für die Risikogruppe berechnete Betrag wird durch die Anzahl der Versicherten in der Risikogruppe geteilt und von dem nach Artikel 14 ermittelten Gruppendurchschnitt abgezogen (modifizierter Gruppendurchschnitt).</p> <p>2 Die Versicherer bezahlen für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der modifizierte Gruppendurchschnitt unter dem Gesamtdurchschnitt nach Artikel 15 liegt, einen Abgabesatz, welcher der Differenz zwischen dem modifizierten Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.</p> <p>3 Die Versicherer erhalten für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der modifizierte Gruppendurchschnitt über dem Gesamtdurchschnitt nach Artikel 15 liegt, einen Beitragssatz, welcher der</p>		

<p>Differenz zwischen dem modifizierten Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.</p>		
<p>Art. 20 Berücksichtigung nicht mehr aktiver Versicherer</p> <p>1 Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, sind vom Risikoausgleich ausgenommen. Sie leisten keine Risikoabgaben und erhalten keine Ausgleichsbeiträge für das Ausgleichsjahr.</p> <p>2 Hingegen werden die Daten von Versicherern, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach den Artikeln 2 und 3 KVAG übertragen wurde, bei der Berechnung nach den Artikeln 11–19 berücksichtigt.</p>		
<p>Art. 21</p> <p>1 Für den Risikoausgleich jedes Ausgleichsjahres leistet beziehungsweise erhält jeder Versicherer:</p> <p>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;</p> <p>b. eine Schlusszahlung aufgrund der Berechnung nach den Artikeln 11–19, abzüglich der bereits geleisteten Akontozahlung.</p>		

<p>2 Die Akontozahlung ist zu leisten:</p> <p>a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung: bis zum 15. Februar des Ausgleichsjahres;</p> <p>b. für Ausgleichsbeiträge, die den Versicherern von der gemeinsamen Einrichtung bezahlt werden: bis zum 15. März des Ausgleichsjahres.</p> <p>3 Die Schlusszahlung ist zu leisten:</p> <p>a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung: bis zum 15. August des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt;</p> <p>b. für Ausgleichsbeiträge die den Versicherern von der gemeinsamen Einrichtung bezahlt werden: bis zum 15. September des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt.</p> <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> <p>a. die Verrechnung von Forderungen und Schulden von Versicherern aus dem Risikoausgleich unterschiedlicher Jahre sowie aus Akonto- und</p>	<p>Verschiedenen Versicherer möchten die Akontozahlungen gerne in Raten bezahlen.</p>	<p>a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an die gemeinsame Einrichtung: <u>Nach Erhalt der Rechnungen und Einzahlungsscheine für die Anzahlung bis spätestens</u> zum 15. Februar des Ausgleichsjahres;</p>
--	---	--

<p>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> <p>6 Die im Rahmen der Akontozahlung gegenüber der Berechnung nach den Artikeln 11–19 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>Der Zins muss auch für den Fall einer negativen Rendite geregelt sein.</p>	<p>6 Die im Rahmen der Akontozahlung gegenüber der Berechnung nach den Artikeln 11–19 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>Art. 22 Saldoabrechnung</p> <p>Die gemeinsame Einrichtung stellt jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge zu.</p>		
<p>Art. 23 Korrekturen nach der Lieferung fehlerhafter Daten</p> <p>1 Melden die Versicherer eine</p>		

<p>fehlerhafte Datenlieferung erst nach Ablauf von 30 Tagen seit der Zustellung der Saldoabrechnungen nach Artikel 22, 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 7 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 gemäss deren umsatzmässigem Anteil an den Risikoabgaben und den Ausgleichsbeiträgen der betreffenden Kalenderjahre ausbezahlt.</p> <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.</p> <p>5 Handelt es sich bei den Beträgen nach Absatz 3 um Bagatellbeträge, so kann die gemeinsame Einrichtung diese zusammen mit den auflaufenden Zinsen nach Artikel 26 Absatz 2 den Versicherern gutschreiben.</p>		
---	--	--

<p>Art. 24</p> <p>1 Die gemeinsame Einrichtung liefert dem BAG jährlich:</p> <p>a. die bei den Versicherern erhobenen Daten nach Artikel 7;</p> <p>b. die berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge der Versicherer nach Kantonen und für die ganze Schweiz.</p> <p>2 Sie erstellt für jede Berechnung des Risikoausgleichs eine Statistik über die Versicherten, die Nettoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die Abgabe- und Beitragssätze für die Risikogruppen sowie die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten.</p> <p>3 Sie erstattet jährlich Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs.</p> <p>4 Die Statistik nach Absatz 3 und der Bericht nach Absatz 4 sind jährlich zu veröffentlichen.</p> <p>5 Die gemeinsame Einrichtung und das BAG legen den Inhalt der Statistik und des Berichts gemeinsam fest.</p>	<p>Diese Daten erhält das BAG bereits von den Versicherern im Rahmen der Individualdatenlieferung mit den Lieferungen EFIND1 und EFIND2. Die Lieferung erfolgt ebenfalls Ende April. Nicht nachzuvollziehen für die Versicherer ist der Zweck der Lieferung der Individualdaten mit dem Umweg über die Gemeinsame Einrichtung KVG. Im Rahmen der Lieferung der Individualdaten EFIND1 und EFIND2 ist sicherzustellen, dass die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, damit eine Datenlieferung der entsprechenden Daten überhaupt erfolgen kann.</p> <p>Die Versicherer unterstützen den Vorschlag, die Resultate der Berechnungen der Gemeinsamen Einrichtung (Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge) an das BAG zu senden.</p> <p>Für die tägliche Arbeit der Versicherer ist die Statistik des Risikoausgleichs von grosser Bedeutung. Der Versicherer muss wissen welche und wie viele seiner Kunden in den PCG's eingeteilt wurden und in welche. Zudem muss jeder Versicherer die notwendigen Mittel erhalten, um die Zuteilung seiner Versicherten selber vorzunehmen zu können (beispielsweise über eine Software-Lösung). Die Daten werden den Versicherern bis am 10. Juni des Ausgleichsjahres zugänglich gemacht.</p> <p>Absatz 4 ist zu korrigieren: Gemeint sind wohl die Absätze 2 und 3.</p> <p>Für die tägliche Arbeit der Versicherer ist die Statistik des Risikoausgleichs von grosser Bedeutung. Beim Design der Statistik und bei der Festlegung des Inhaltes müssen die Versicherer zwingend einbezogen werden.</p>	<p>2 Sie erstellt für jede Berechnung des Risikoausgleichs eine Statistik über die Versicherten, die Nettoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die Abgabe- und Beitragssätze für die Risikogruppen sowie die Zuschläge für PCG und Arzneimittelkosten. <u>Diese Statistik wird den Versicherern bis am 10. Juni des Ausgleichsjahres zugänglich gemacht. Die Versicherer erhalten zudem Informationen, welche ihrer Kunden in welche PCG eingeteilt wurden und jeder Versicherer erhält die notwendigen Mittel, um die Zuteilung seiner Versicherten selber vorzunehmen.</u></p> <p>4 Die Statistik nach Absatz 2 und der Bericht nach Absatz 3 sind jährlich zu veröffentlichen.</p> <p>5 Die gemeinsame Einrichtung und das BAG legen, <u>nach Anhörung der Versicherer</u>, den Inhalt der Statistik und des Berichts gemeinsam fest.</p>
---	--	---

<p>Art. 25 Verwaltungskosten</p> <p>1 Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der in ihren Versichertenbeständen nach Artikel 10 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 9 Absatz 3. 		
<p>Art. 26 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 geöfnet. Die Mittel dieses Fonds werden von der gemeinsamen Einrichtung verwendet, um bei geringfügigen Zahlungsausständen die Ausgleichsbeiträge ohne Kürzung termingemäss auszahlen zu können oder anfallende negative Zinsen zu bezahlen.</p> <p>2 Auflaufende Zinsen, die den Betrag von 500 000 Franken übersteigen,</p>		

<p>werden den Versicherern nach deren umsatzmässiger Beteiligung am Risikoausgleich im Vorjahr gutgeschrieben.</p> <p>3 Die gemeinsame Einrichtung erlässt ein Fondsreglement.</p>		
<p>Art. 27 Rechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich</p> <p>Die Versicherer sind verpflichtet, jährlich die notwendigen Rechnungsabgrenzungen für die noch zu bezahlenden Risikoabgaben beziehungsweise die noch erwarteten Ausgleichsbeiträge zu bilden. Sie berücksichtigen dabei namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bestandesveränderungen; b. Änderungen bei der Morbidität in ihrem Versichertenbestand; c. Veränderungen der Nettoleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; d. bereits geleistete beziehungsweise erhaltene Akontozahlungen. 		
<p>Art. 28 Datenschutz</p> <p>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.</p> <p>2 Die Daten dürfen nur für die Durchführung des Risikoausgleichs und die Erstellung der Statistik verwendet</p>		

werden.		
<p>Art. 29 Verfahren und Rechtspflege</p> <p>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. Oktober 1968 über das Verwaltungsverfahren.</p>		
<p>Art. 30 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>3 Nimmt ein Versicherer trotz Aufforderung durch das BAG am Risikoausgleich nicht teil, so kann das BAG die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entziehen.</p>		

<p>Art. 31</p> <p>1 Das BAG führt eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durch. Zu untersuchen sind namentlich die Wirkungen des Risikoausgleichs:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. auf die Anreize zur Risikoselektion; b. auf die Unter- oder Überkompensation von bestimmten Gruppen; c. auf die Prämien der Versicherer. <p>2 Das BAG bestimmt die technischen Einzelheiten der Untersuchung. Für die Erhebungsarbeiten und die Auswertung der Ergebnisse kann es ein wissenschaftliches Institut beziehen.</p>	<p>Es ist wichtig, dass die Versicherer Zugang zu den Resultaten der Untersuchungen erhalten.</p>	<p><u>3 Die Ergebnisse der Untersuchungen sind den Versicherern zugänglich zu machen.</u></p>
<p>Art. 32 Aufhebung eines anderen Erlasses</p> <p>Die Verordnung vom 12. April 19956 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung wird aufgehoben.</p>		
<p>Art. 33 Änderung eines anderen Erlasses</p> <p>Die Verordnung vom 27. Juni 19957 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:</p> <p><i>Art. 22 Abs. 1</i></p> <p>1 Bei Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einem Versicherer ist Artikel 87 des Gesetzes anwendbar. Vorbehalten bleiben Absatz 3 und Artikel 29 der Verordnung vom ...8 über den Risikoausgleich in der</p>		

<p>Krankenversicherung.</p> <p><i>Art. 37e Abs. 1</i> 1 Die Eidgenössische Arzneimittelkommission berät das BAG bei der Erstellung der Spezialitätenliste nach Artikel 34. Sie berät das EDI, in ihrem Bereich, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 104a Absatz 4. Sie berät das EDI bei der Zuordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln zu einer pharmazeutischen Kostengruppe der Liste nach Artikel 4 der Verordnung vom ...9 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung sowie bei der Festlegung der standardisierten Tagesdosen, wenn Arzneimittel neu oder für eine zusätzliche Indikation in die Spezialitätenliste aufgenommen werden.</p>		
<p>Art. 34 Übergangsbestimmung</p> <p>Die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahr 2019 für den Risikoausgleich 2018 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2018 erfolgen nach bisherigem Recht.</p>	<p>In der ganzen Verordnung ist nicht vorgesehen, für den neuen Risikoausgleich einen Probelauf oder einen Test durchzuführen. Deshalb fordern alle Versicherer für eine solch markante und grundlegende Änderung des Risikoausgleichs zwingend einen vorgängigen Testlauf.</p> <p>Die Mehrheit der Versicherer spricht sich dafür aus, die Testphase so zu planen, dass das Inkrafttreten vom 1. Januar 2019 beibehalten werden kann.</p> <p>Die Minderheit der Versicherer spricht sich in Anbetracht des nicht unerheblichen Testaufwandes und aufgrund der mit der mangelnden Datenqualität einhergehenden Gefahren und Unsicherheiten für eine Verlegung des Inkrafttretens auf den 1. Januar 2021 aus.</p>	<p>Die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahr 2019 für den Risikoausgleich 2018 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2018 erfolgen nach bisherigem Recht.</p> <p>Die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahr 2019 <u>2021</u> für den Risikoausgleich 2018 <u>2020</u> und die Berechnung des Risikoausgleichs 2018 <u>2020</u> erfolgen nach bisherigem Recht.</p>

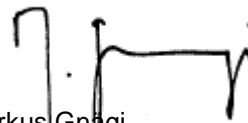
<p>Art. 35 Inkrafttreten</p> <p>Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.</p>	<p>In der ganzen Verordnung ist nicht vorgesehen, für den neuen Risikoausgleich einen Probelauf oder einen Test durchzuführen. Für eine solch markante und grundlegende Änderung des Risikoausgleichs fordern die Versicherer zwingend einen vorgängigen Testlauf. Voraussetzung für die Durchführung von Testläufen ist die rechtzeitige Festlegung der PCG und sämtlicher Elemente, welche die Erhebung und Bereitstellung der Daten beeinflussen. Alle für den Risikoausgleich relevanten Elemente sind dringend zu definieren und im Rahmen der Testläufe zu prüfen.</p> <p>Die Mehrheit der Versicherer spricht sich dafür aus, die Testphase so zu planen, dass das Inkrafttreten vom 1. Januar 2019 beibehalten werden kann.</p> <p>Die Minderheit der Versicherer spricht sich in Anbetracht des nicht unerheblichen Testaufwandes für eine Verlegung des Inkrafttretens auf den 1. Januar 2021 aus.</p>	<p>Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.</p> <p>Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2021 2019 in Kraft.</p>
---	--	---

Freundliche Grüsse
santésuisse
 Direktion



Verena Nold
 Direktorin

Abteilung Grundlagen



Markus Gnägi
 Leiter Abteilung a.i.