

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)¹

vom 12. April 1995 (Stand am 1. Januar 2019)

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf die Artikel 16 Absatz 4, 17 Absatz 3 sowie 17a Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung (KVG),³
verordnet:

Art. 1 Umfang des Risikoausgleichs

¹ Der Risikoausgleich gilt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, einschliesslich der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 41 Absatz 4 und 62 KVG.⁵

² Sämtliche Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, haben die für den Risikoausgleich nötigen Angaben zu liefern.

Art. 2⁶ Erhöhtes Krankheitsrisiko

Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch folgende Indikatoren der Morbidität abgebildet:

- a. Alter;
- b. Geschlecht;
- c. Arzneimittelkosten im Vorjahr;
- d. Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr.

AS **1995** 1371

¹ Abkürzung eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 1841).

² SR **832.10**

³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

⁴ Ausdruck gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789). Die Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4761).

⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

Art. 2a⁷ Indikator Alter

Für die Zuteilung der Versicherten zu einer Altersgruppe ist das Geburtsjahr der Versicherten massgebend. Es gibt folgende Altersgruppen:

- a. Versicherte von 19–25 Jahren;
- b. Versicherte von 26–90 Jahren, eingeteilt in Gruppen von je fünf Jahren;
- c. Versicherte ab 91 Jahren.

Art. 2b⁸ Indikator Arzneimittelkosten im Vorjahr

¹ Für die Festlegung der Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt werden die Bruttoleistungen (Nettoleistungen plus Kostenbeteiligungen) im Vorjahr für Arzneimittel, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, sofern die Bruttoleistungen über 5000 Franken liegen und die Arzneimittel nicht in einer Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG enthalten sind.

² Für die Zuteilung der Bruttoleistungen für Arzneimittel auf die Kalenderjahre ist das Datum der Abgabe der Arzneimittel massgebend.

Art. 2c⁹ Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr

¹ Für die Bestimmung des Aufenthalts in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr berücksichtigt werden Aufenthalte im Vorjahr, die mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte gedauert haben, in einem der folgenden Spitäler oder Pflegeheime, sofern für den Aufenthalt Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht wurden:

- a. ein auf der Liste nach Artikel 39 KVG aufgeführtes Spital oder Pflegeheim;
- b. ein Spital, das einen Vertrag nach Artikel 49a Absatz 4 KVG abgeschlossen hat.

² Nicht berücksichtigt werden Aufenthalte wegen Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe b KVG.

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

- a. Ein Aufenthalt mit einer Dauer von drei bis fünf Nächten wird dem Jahr zugerechnet, in dem die Mehrzahl der Übernachtungen angefallen ist; bei je zwei Nächten wird der Aufenthalt dem Eintrittsjahr zugerechnet.
- b. Bei einem Aufenthalt mit einer Dauer von mehr als fünf Nächten wird die Aufenthaltsdauer bis Ende des Kalenderjahres angerechnet. Die Fortdauer des Aufenthalts im neuen Kalenderjahr wird diesem zugerechnet.

⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009 (AS 2009 4761). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2014 3481).

⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2014 3481).

⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2014 3481).

Art. 2d¹⁰ Einteilung der Versicherten in Risikogruppen

¹ Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten im Vorjahr werden wie folgt in zwei Risikogruppen eingeteilt:

- a. erste Risikogruppe: Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr;
- b. zweite Risikogruppe: Versicherte ohne erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr.

² Versicherte ohne erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund des Indikators Arzneimittelkosten im Vorjahr werden nach den Indikatoren Alter, Geschlecht und Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr in weitere Risikogruppen eingeteilt.

Art. 3¹¹ Nettoleistungen

¹ Für die Berechnung des Risikoausgleichs wird pro Kanton der von den Versicherten bezahlte Anteil an den Kosten der zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Leistungen für ihre Versicherten des Kantons ermittelt (Nettoleistungen).

² Für die Zuteilung der Nettoleistungen auf die Kalenderjahre wird auf das Behandlungsdatum abgestellt.

³ Um stärkere Abweichungen im zeitlichen oder regionalen Vergleich der durchschnittlichen Nettoleistungen zu verhindern, kann das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ein nach statistisch anerkannten Grundsätzen ausgestaltetes Glättungsverfahren festlegen.¹²

Art. 4 Versichertenbestände

¹ Für die Errechnung der Versichertenbestände eines Versicherers sind die Versicherungsmonate massgebend.

² ...¹³

^{2bis} Nicht in die Versichertenbestände nach Absatz 1 eingerechnet werden:

- a. im Ausland wohnhafte Personen, die auf vertraglicher Basis nach den Artikeln 7a und 132 Absatz 3 KVV versichert sind;
- b.¹⁴ Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e der Verordnung vom 27. Juni 1995¹⁵ über die Krankenversicherung (KVV);

¹⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2014 3481).

¹¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

¹² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2014 3481).

¹³ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2013 (AS 2011 5291).

¹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2011 5291).

¹⁵ SR 832.102

- c.¹⁶ Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen;
 - d.¹⁷ Versicherte nach den Artikeln 4 und 5 KVV, sofern bei ihnen nicht eine Prämie für Versicherte mit Wohnort in der Schweiz erhoben wird;
 - e.¹⁸ Versicherte, die gestützt auf das Übereinkommen vom 30. November 1979¹⁹ über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer der schweizerischen Krankenversicherung unterstellt sind;
 - f.²⁰ Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr.²¹
- 3 ...²²

Art. 5²³**Art. 6²⁴** Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge

¹ Im Ausgleichsjahr werden die durchschnittlichen Nettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen über alle Versicherer hinweg (Gruppendurchschnitt) für das Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr berechnet. Für die Berechnung massgebend sind:

- a.²⁵ die Bruttoleistungen für Arzneimittel und die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Einteilung der Versicherten in Risikogruppen;
- b. die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr;
- c. die Nettoleistungen der einzelnen Versicherer in den einzelnen Risikogruppen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

¹⁶ Eingefügt durch Ziff. I 6 der V vom 8. Nov. 2006 über die Änd. von V im Zusammenhang mit der teilweisen Inkraftsetzung der Änd. vom 16. Dez. 2005 des AsylG sowie des KVG und des AHVG, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 4739).

¹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011 (AS **2011** 5291). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

¹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2011** 5291).

¹⁹ SR **0.831.107**

²⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

²¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Juni 1998 (AS **1998** 1841). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Juli 2001, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS **2002** 925).

²² Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, mit Wirkung seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

²³ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, mit Wirkung seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

²⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

²⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

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

- a.²⁶ die Bruttoleistungen für Arzneimittel und 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 Absatz 1 berechneten Gruppendurchschnitte im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

³ Aus den erwarteten Gesamnttoteleistungen in den einzelnen Risikogruppen nach Absatz 2 werden pro versicherte Person im Kanton die erwarteten durchschnittlichen Nettoteleistungen aller Versicherer über alle Risikogruppen hinweg (Gesamtdurchschnitt) für das Ausgleichsjahr ermittelt.

⁴ Die Versicherer bezahlen für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der nach Absatz 1 ermittelte Gruppendurchschnitt unter dem Gesamtdurchschnitt nach Absatz 3 liegt, eine Risikoabgabe, welche der Differenz zwischen dem Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

⁵ Die Versicherer erhalten für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher der nach Absatz 1 ermittelte Gruppendurchschnitt über dem Gesamtdurchschnitt nach Absatz 3 liegt, einen Ausgleichsbeitrag, welcher der Differenz zwischen dem Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

⁶ Die Versicherer, denen in den letzten beiden Jahren vor dem Ausgleichsjahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wurde, leisten keine Risikoabgaben und erhalten keine Ausgleichsbeiträge für das Ausgleichsjahr. Ihre Daten werden bei der Berechnung nach Absatz 1 nicht berücksichtigt. Die Daten von aufgelösten Versicherern, deren Vermögen und Versichertenbestand durch Vertrag auf einen anderen Versicherer nach Artikel 11²⁷ KVG übertragen wurde, werden aber bei der Berechnung nach Absatz 1 berücksichtigt.²⁸

Art. 6a²⁹ Berechnung der Entlastung für junge Erwachsene

¹ Die Entlastung nach Artikel 16a KVG beträgt pro Kanton 50 Prozent der Differenz zwischen der Summe der nach Artikel 6 Absatz 4 berechneten Risikoabgaben aller Versicherer für die jungen Erwachsenen und der Summe der nach Artikel 6 Absatz 5 berechneten Ausgleichsbeiträge aller Versicherer für die jungen Erwachsenen.

²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2014 3481).

²⁷ Siehe seit dem 1. Jan. 2016: Art. 2 und 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. Sept. 2014 (SR 832.12).

²⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 3481).

²⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS 2018 1845).

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 4 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 4 im Ausgleichsjahr.

Art. 6b³⁰ Ausnahmen für die Berechnung

¹ Bei Versicherten, die in dem für die Ermittlung der Arzneimittelkosten und der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim massgeblichen Kalenderjahr bis zum Jahresende bei einem anderen Versicherer versichert waren, werden nur die Indikatoren Alter und Geschlecht berücksichtigt. Diese Versicherten werden in die Risikogruppen nach Artikel 2d Absatz 2 für Versicherte ohne erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund des Aufenthalts in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr eingeteilt.

² Bei Versicherten, die in dem für die Ermittlung der Arzneimittelkosten und Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim massgeblichen Kalenderjahr unterjährig den Versicherer gewechselt haben, werden neben den Indikatoren Alter und Geschlecht auch die Kosten der zwischen dem Wechsel und dem Ende des massgeblichen Kalenderjahrs abgegebenen Arzneimittel, die vom neuen Versicherer abgerechnet werden, sowie die im gleichen Zeitraum erfolgten Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim, die vom neuen Versicherer abgerechnet werden, berücksichtigt. Diese Versicherten werden in eine der Risikogruppen nach Artikel 2d eingeteilt. Vom bisherigen Versicherer abgerechnete Arzneimittelkosten und Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim werden dem neuen Versicherer nicht gemeldet.

Art. 6c³¹ Rechnungsabgrenzungen für den Risikoausgleich

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

- a. Bestandesveränderungen in den Risikogruppen;
- b. die Veränderungen der Nettoleistungen;
- c. die bereits geleistete Risikoabgabe beziehungsweise den bereits erhaltenen Ausgleichsbeitrag.

³⁰ Ursprünglich Art. 6a. Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Juni 1998 (AS **1998** 1841). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

³¹ Ursprünglich Art. 6b. Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013 (AS **2013** 789). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

Art. 7 Saldoabrechnungen, Statistik und Bericht Risikoausgleich³²1 ...³³

² Die gemeinsame Einrichtung ermittelt die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge und berechnet die Entlastung nach Artikel 16a KVG. Sie stellt jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung sowie dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Berechnungsunterlagen und die Saldoabrechnungen pro Versicherer, pro Kanton und für die ganze Schweiz zu.³⁴

³ Sie erstellt für jede Datenlieferung der Versicherer eine Statistik über die Versicherten und die Nettoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Risikogruppen pro Kanton und stellt diese dem Bund, den Kantonen, den Versicherern und ihren Verbänden zur Verfügung. Die Kosten für die Bereitstellung dieser Statistik fallen zulasten der gemeinsamen Einrichtung. Die Statistik kann auch weiteren Interessierten zugestellt werden.³⁵

⁴ Die gemeinsame Einrichtung erstattet jährlich Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs.

⁵ Der Inhalt des Berichts und der Statistik wird von der gemeinsamen Einrichtung und dem BAG³⁶ gemeinsam festgelegt. Die beiden Vorlagen werden von der gemeinsamen Einrichtung jährlich veröffentlicht.

Art. 8 Wirkungsanalyse

Das BAG führt mit den Fachkreisen der Krankenversicherung eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durch. Zu untersuchen sind insbesondere die Wirkungen des Risikoausgleiches in Bezug auf die Kostenentwicklung bei den einzelnen Versicherern und in Bezug auf das Recht der Versicherten, den Versicherer zu wechseln. Das BAG bestimmt die technischen Einzelheiten der Untersuchung. Für die Erhebungsarbeiten und die Auswertung der Ergebnisse kann es ein wissenschaftliches Institut beziehen.

Art. 9³⁷ Verwaltungskosten

¹ Die Versicherer tragen proportional zur Anzahl der bei ihnen obligatorisch für Krankenpflege versicherten Personen die Verwaltungskosten des Risikoausgleichs.

² Als Verwaltungskosten des Risikoausgleichs gelten namentlich:

³² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2009 4761).

³³ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS 2009 4761).

³⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS 2018 1845).

³⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

³⁶ Die Bezeichnung der Verwaltungseinheit wurde in Anwendung von Art. 16 Abs. 3 der Publikationsverordnung vom 17. Nov. 2004 (AS 2004 4937) angepasst. Die Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

³⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5079).

- 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 11 Absatz 2.³⁸

Art. 10 Datenlieferung³⁹

¹ Die Versicherer liefern ihre nach Kantonen, Risikogruppen und Kalenderjahr ermittelten Daten über die Versichertenbestände, die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen nach den Weisungen der gemeinsamen Einrichtung.⁴⁰

² Diese Daten sind der gemeinsamen Einrichtung bis Ende April des Ausgleichsjahres und des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres zu übermitteln.⁴¹

^{2bis} Für die Datenlieferung sind die bis zwei Monate vor Ablauf der Frist zur Datenlieferung abgerechneten Nettoleistungen, die Arzneimittelkosten im Vorjahr, die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr sowie die Änderungen des Versichertenbestandes zu berücksichtigen, die das für die Datenerhebung massgebliche Kalenderjahr betreffen.⁴²

³ Melden die Versicherer eine fehlerhafte Datenlieferung erst nach Ablauf von 30 Tagen seit der Zustellung der Saldoabrechnungen nach Artikel 7 Absatz 2, so kann die gemeinsame Einrichtung die Neuberechnung des Risikoausgleichs verweigern.⁴³

⁴ Die Neuberechnung ist ausgeschlossen, wenn die Meldung mehr als 2 Jahre nach Ablauf der Frist nach Absatz 3 gemacht wird.⁴⁴

Art. 11⁴⁵ Kontrolle der Daten

¹ Die Revisionsstellen der Versicherer reichen der gemeinsamen Einrichtung einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten ein.

³⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2010** 6163).

³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4761).

⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 1841).

⁴² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009 (AS **2009** 4761). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

⁴³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 140).

⁴⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5643).

⁴⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 1841).

¹bis Das BAG kann Weisungen über die durch die Revisionsstellen vorzunehmenden Prüfungen erlassen.⁴⁶

² Die gemeinsame Einrichtung überprüft mit den von ihr für diese Aufgabe bezeichneten Revisionsstellen die Richtigkeit und die Vollständigkeit der nach Artikel 10 gelieferten Daten mittels Stichproben.⁴⁷

³ Die Versicherer tragen die bei ihnen durch die Stichproben anfallenden Kosten selber.⁴⁸

Art. 12⁴⁹ Zahlungsfristen

¹ Für den Risikoausgleich jedes Ausgleichsjahres sind zu leisten:

- a. eine Akontozahlung;
- b.⁵⁰ eine Zahlung aufgrund der Berechnung nach den Artikeln 6 und 6a, abzüglich der bereits geleisteten Akontozahlung (Schlusszahlung).

² Die Akontozahlung beträgt die Hälfte der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrages des Risikoausgleichs für das vorletzte Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr. Sie ist zu leisten:

- a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an den Risikoausgleich: bis zum 15. Februar des Ausgleichsjahres;
- b. für Ausgleichsbeiträge durch den Risikoausgleich an die Versicherer: bis zum 15. März des Ausgleichsjahres.

³ Die Schlusszahlung ist zu leisten:

- a. für Risikoabgaben durch die Versicherer an den Risikoausgleich: bis zum 15. August des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt;
- b. für Ausgleichsbeiträge durch den Risikoausgleich an die Versicherer: bis zum 15. September des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt.

⁴ Die den Versicherern geschuldeten Zahlungen sind von der gemeinsamen Einrichtung auch dann vorzunehmen, wenn nicht alle Versicherer ihre Zahlungen an den Risikoausgleich geleistet haben. Stehen am Stichtag noch Zahlungen der Versicherer aus, so kann die gemeinsame Einrichtung die Zahlungen aufgrund der eingegangenen Risikoabgaben vornehmen. Die ausstehenden Ausgleichsbeiträge sind nach deren Eingang zu entrichten und um die Einnahmen aus den Verzugszinsen nach Absatz 6 zu erhöhen.

⁴⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

⁴⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

⁴⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

⁴⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

⁵⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS 2018 1845).

⁵ Die Verrechnung von Forderungen und Schulden von Versicherern aus Risikoausgleichen verschiedener Jahre sowie aus Akonto- und Schlusszahlungen ist nicht zulässig. Dasselbe gilt für die Verrechnung von Forderungen und Schulden von unterschiedlichen Versicherern. Vorbehalten bleibt die Verrechnung von Forderungen und Schulden unterschiedlicher Versicherer bei deren späterer Fusion.

⁶ Die im Rahmen der Akontozahlung gegenüber der Berechnung nach den Artikeln 6 und 6a 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. Die gemeinsame Einrichtung legt den Vergütungszins in Berücksichtigung der marktüblichen Zinse fest. Sie vergütet und fordert die Zinsen bis zum 31. Dezember des Jahres, welches dem Ausgleichsjahr folgt.⁵¹

⁷ Versicherer, welche die geschuldeten Zahlungen nicht fristgerecht vornehmen, schulden der gemeinsamen Einrichtung einen Verzugszins von 6 Prozent pro Jahr.

Art. 12a⁵² Lieferung von fehlerhaften Daten⁵³

¹ Die gemeinsame Einrichtung kann den Versicherern, die fehlerhafte Daten geliefert haben, die sich zu ihren Gunsten ausgewirkt haben, nach der Verweigerung der Neuberechnung nach Artikel 10 Absätze 3 und 4 den ihnen daraus entstandenen Vorteil in Rechnung stellen. Der daraus erhaltene Betrag wird den anderen Versicherern gemäss deren umsatzmässigen Beteiligung (Abgaben und Beiträge) am entsprechenden Risikoausgleich ausbezahlt.

² Die Ansprüche von Versicherern, die fehlerhafte Daten geliefert haben, die sich zu ihren Ungunsten ausgewirkt haben, verirken mit der Verweigerung der Neuberechnung nach Artikel 10 Absätze 3 und 4.

³ Handelt es sich bei den Beträgen nach Absatz 1 um Bagatellbeträge, so kann die gemeinsame Einrichtung diese zusammen mit den Zinserträgen nach Artikel 13a auszahlen.⁵⁴

Art. 13⁵⁵ Fonds

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 geöffnet. Mittel dieses Fonds werden von der gemeinsamen Einrichtung verwendet,

⁵¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS 2018 1845).

⁵² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5643).

⁵³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

⁵⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

⁵⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2014 3481).

um bei geringfügigen Zahlungsausständen die Ausgleichsbeiträge ohne Kürzung termingemäss auszahlen zu können.

² Die gemeinsame Einrichtung erlässt ein Fondsreglement, das insbesondere regelt, wie die Mittel verwendet werden. Das Reglement bedarf der Genehmigung durch das EDI.

Art. 13a⁵⁶ Zinserträge

Auflaufende Zinsen, welche den Betrag von 500 000 Franken übersteigen, werden den Versicherern zurückvergütet. Die Höhe der Zinsvergütung richtet sich nach der umsatzmässigen Beteiligung der Versicherer am Risikoausgleich im Vorjahr. Die gemeinsame Einrichtung vergütet jeweils bis spätestens Ende September die Zins-einnahmen des Vorjahres.

Art. 14 Datenschutz

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.⁵⁷

² Die gesammelten Daten dürfen nur für die Durchführung des Risikoausgleichs und die Erstellung der Statistik verwendet werden.

Art. 15 Verfahren und Rechtspflege

¹ 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. Dezember 1968⁵⁸ über das Verwaltungsverfahren.

² ...⁵⁹

Art. 16 Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen⁶⁰

¹ Die gemeinsame Einrichtung kann Versicherern, die ihrer Datenlieferungs- und Zahlungspflicht nicht in genügender Weise nachkommen oder fehlerhafte Daten liefern, den dadurch entstandenen Mehraufwand in Rechnung stellen.⁶¹

⁵⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 1841).

⁵⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

⁵⁸ SR 172.021

⁵⁹ Aufgehoben durch Ziff. II 96 der V vom 8. Nov. 2006 über die Anpassung von Bundesratsverordnungen an die Totalrevision der Bundesrechtspflege, mit Wirkung seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 4705).

⁶⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

⁶¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

² Bei Versicherern, die trotz Aufforderung durch das BAG am Risikoausgleich nicht teilnehmen, kann das BAG dem EDI⁶² den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragen. Dasselbe gilt, wenn Versicherer trotz schriftlicher Mahnung der gemeinsamen Einrichtung ihrer Datenlieferungs- und Zahlungspflicht in wiederholter Weise nicht nachkommen.

Art. 17 Schlussbestimmungen

¹ Die Verordnung IX vom 31. August 1992⁶³ über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen (Verordnung IX) wird aufgehoben.

² und ³ ...⁶⁴

⁴ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft^{65, 66}

⁵ ...⁶⁷

⁶ ...⁶⁸

⁷ ...⁶⁹

Schlussbestimmung der Änderung vom 15. Juni 1998⁷⁰

Schlussbestimmung der Änderung vom 3. Dezember 2004⁷¹

Schlussbestimmung der Änderung vom 9. November 2005⁷²

Diese Änderung gilt für den definitiven Risikoausgleich ab dem Jahre 2004.

⁶² Ausdruck gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

⁶³ [AS **1992** 1738, **1993** 2013]

⁶⁴ Aufgehoben durch Ziff. IV 52 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

⁶⁵ Befristung der V (AS **1995** 1371, **2005** 5643, **2010** 6163, **2009** 4761) aufgehoben durch die Änd. vom 15. Okt. 2015, mit Wirkung seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

⁶⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

⁶⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005 (AS **2005** 5643). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

⁶⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010 (AS **2010** 6163). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

⁶⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009 (AS **2009** 4761). Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, mit Wirkung seit 1. Jan. 2017 (AS **2014** 3481).

⁷⁰ AS **1998** 1841. Aufgehoben durch Ziff. IV 52 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

⁷¹ AS **2004** 5079. Aufgehoben durch Ziff. IV 52 der V vom 22. Aug. 2007 zur formellen Bereinigung des Bundesrechts, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 4477).

⁷² AS **2005** 5643

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 26. August 2009⁷³

¹ Die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahre 2012 erfolgt für den definitiven Risikoausgleich 2011 nach bisherigem Recht. Die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs 2011 erfolgt nach bisherigem Recht.

² Die Versicherer müssen ab dem Jahre 2012 in der Lage sein, der gemeinsamen Einrichtung die Daten für die Jahre 2010 und 2011 für den neuen Risikoausgleich gemäss der Verwaltungsänderung vom 26. August 2009 zu liefern.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2. November 2011⁷⁴

Die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahre 2013 für den definitiven Risikoausgleich 2012 und die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs 2012 erfolgen nach bisherigem Recht.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 27. Februar 2013⁷⁵

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

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 15. Oktober 2014⁷⁶

¹ Die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung im Jahr 2017 für den Risikoausgleich 2016 und die Berechnung des Risikoausgleichs 2016 erfolgen nach bisherigem Recht.

² Die Versicherer müssen im Jahr 2017 beziehungsweise 2018 in der Lage sein, der gemeinsamen Einrichtung die Daten für die Jahre 2015 und 2016 beziehungsweise für die Jahre 2016 und 2017 für den Risikoausgleich nach der Änderung vom 15. Oktober 2014 dieser Verordnung zu liefern.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 11. April 2018⁷⁷

Die Berechnung des Risikoausgleichs 2018 erfolgt nach bisherigem Recht.

⁷³ AS **2009** 4761. Abs. 1 tritt am 1. Jan. 2012 und Abs. 2 am 1. Jan. 2010 in Kraft.

⁷⁴ AS **2011** 5291

⁷⁵ AS **2013** 789

⁷⁶ AS **2014** 3481

⁷⁷ AS **2018** 1845

