

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)¹

vom 12. April 1995 (Stand am 1. Januar 2015)

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf Artikel 18 Absätze 3 und 6 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung (KVG) sowie auf Ziffer 2 Absätze 5 und 6 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007³ des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Risikoausgleich),⁴

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^{5,6}.

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

Art. 2⁷ Risikogruppen

¹ Die Versicherten werden für den Risikoausgleich nach den folgenden Kriterien in Risikogruppen eingeteilt:

- a. Alter;
- b. Geschlecht;
- c. Vorhandensein eines erhöhten Krankheitsrisikos nach Artikel 2a.

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 AS 2009 4755

⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

⁵ 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.

⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2009 4761).

⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2009 4761).

² Die Altersgruppenzuteilung erfolgt aufgrund der Geburtsjahre der Versicherten. Die erste Altersgruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18–25 Jahren. Die Versicherten im Alter von 26–90 Jahren werden in Gruppen von je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Altersgruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren.

Art. 2a⁸ Berücksichtigung des erhöhten Krankheitsrisikos

¹ Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko ist der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim, der mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte dauert, massgebend.

² Berücksichtigt wird ein Aufenthalt in einem der folgenden Spitäler oder Pflegeheime, sofern für den Aufenthalt Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden:

- 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.⁹

³ Nicht berücksichtigt wird der Aufenthalt wegen Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe b KVG.

⁴ Für die Zuteilung des Aufenthaltes auf die Kalenderjahre ist das Behandlungsdatum massgebend. Bei einem Aufenthalt, der über den Jahreswechsel hinaus andauert, wird die Aufenthaltsdauer bis Ende des Kalenderjahres angerechnet. Die Fortdauer des Aufenthaltes im neuen Kalenderjahr wird diesem zugerechnet. Ein Aufenthalt mit einer Dauer von drei bis fünf Nächten, welcher über den Jahreswechsel erfolgt, wird demjenigen Jahr zugerechnet, in dem die Mehrzahl der Übernachtungen angefallen sind, bei je zwei Nächten wird der Aufenthalt dem Eintrittsjahr zugerechnet.

Art. 3¹⁰ 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 ein nach statistisch anerkannten Grundsätzen ausgestaltetes Glättungsverfahren festlegen.

⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2009 4761).

⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

¹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

Art. 4 Versichertenbestände

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

² ...¹¹

^{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.¹² Versicherte nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben d und e der Verordnung vom 27. Juni 1995¹³ über die Krankenversicherung (KVV);
- c.¹⁴ Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, welche sich in der Schweiz aufhalten und Sozialhilfe beziehen;
- d.¹⁵ 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 1979¹⁶ über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer der schweizerischen Krankenversicherung unterstellt sind.¹⁷

³ ...¹⁸

Art. 5¹⁹**Art. 6**²⁰ 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:

¹¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2013 (AS **2011** 5291).

¹² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Nov. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2011** 5291).

¹³ SR **832.102**

¹⁴ 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).

¹⁵ 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).

¹⁶ SR **0.831.107**

¹⁷ 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).

¹⁸ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, mit Wirkung seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

¹⁹ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, mit Wirkung seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

²⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

- a. die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im vorletzten Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Bildung der 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.

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

- a. die Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr zur Bildung der Risikogruppen;
- b. die Versichertenbestände in den einzelnen Risikogruppen im Ausgleichsjahr;
- c. die nach Absatz 1 berechneten Gruppendurchschnitte im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr.

³ Aus den erwarteten Gesamtnettoleistungen in den einzelnen Risikogruppen nach Absatz 2 werden pro versicherte Person im Kanton die erwarteten durchschnittlichen Nettoleistungen 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 11 KVG übertragen wurde, werden aber bei der Berechnung nach Absatz 1 berücksichtigt.²¹

Art. 6a²² Vorgehen bei Versicherten, die den Versicherer wechseln

¹ Bei der Ermittlung der Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim berücksichtigt der Versicherer auch diejenigen seiner Versicherten, die im betroffenen Jahr bei einem anderen Versicherer versichert waren. Die Erhebung dieser Aufenthalte beim

²¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Okt. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 3481).

²² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Juni 1998 (AS 1998 1841). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

Vorversicherer darf jedoch frühestens bei der Zustellung der Eintrittsbestätigung an den Vorversicherer erfolgen.

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

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

Art. 6b²³ Rückstellungen

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

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

Art. 7 Saldoabrechnungen, Statistik und Bericht Risikoausgleich²⁴

1 ...²⁵

² Die gemeinsame Einrichtung ermittelt die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge und stellt jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung sowie dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Berechnungsunterlagen und die Saldoabrechnungen pro Versicherer, Kanton und für die ganze Schweiz zu.²⁶

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.²⁷

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

²³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

²⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2009 4761).

²⁵ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS 2009 4761).

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

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

⁵ Der Inhalt des Berichts und der Statistik wird von der gemeinsamen Einrichtung und dem BAG²⁸ 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 Versicherten 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 beiziehen.

Art. 9²⁹ 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:

- 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 2.³⁰

Art. 10 Datenlieferung³¹

¹ Die Versicherer liefern ihre nach Kantonen, Risikogruppen und Kalenderjahr ermittelten Daten über die Versichertenbestände, die Bruttoleistungen (Nettoleistungen plus Kostenbeteiligungen) und die Kostenbeteiligungen nach den Weisungen der gemeinsamen Einrichtung. Sie stellen der gemeinsamen Einrichtung die Daten mit einer Kopie des amtlichen Formulars über den Versichertenbestand zu.³²

² Diese Daten sind der gemeinsamen Einrichtung bis Ende April des Ausgleichsjahres und des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres zu übermitteln.³³

²⁸ Die Bezeichnung der Verwaltungseinheit wurde in Anwendung von Art. 16 Abs. 3 der Publikationsverordnung vom 17. Nov. 2004 (SR 170.512.1) angepasst. Die Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

²⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5079).

³⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

³¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2009 4761).

³² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 789).

³³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 1841).

^{2bis} In der Datenlieferung sind die bis zwei Monate vor Ablauf der Frist zur Datenlieferung abgerechneten Leistungen sowie die bis zu diesem Termin abgerechneten oder von den Vorversicherern nach Artikel 6a Absätze 2 und 3 gemeldeten Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim sowie Änderungen des Versichertenbestandes zu berücksichtigen, welche das für die Datenerhebung massgebliche Kalenderjahr betreffen.³⁴

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.³⁵

⁴ Die Neuberechnung ist ausgeschlossen, wenn die Meldung mehr als 2 Jahre nach Ablauf der Frist nach Absatz 3 gemacht wird.³⁶

Art. 11³⁷ Kontrolle der Daten

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

^{1bis} Das BAG kann Weisungen über die durch die Revisionsstellen vorzunehmenden Prüfungen erlassen.³⁸

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.³⁹

³ Die Versicherer tragen die bei ihnen durch die Stichproben anfallenden Kosten selber.⁴⁰

Art. 12⁴¹ Zahlungsfristen

¹ Für den Risikoausgleich jedes Ausgleichsjahres sind zu leisten:

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

³⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009 (AS **2009** 4761). Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

³⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 11. Dez. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 140).

³⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS **2005** 5643).

³⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 1841).

³⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2010** 6163).

⁴⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2010** 6163).

⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 27. Febr. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 789).

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.

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

⁶ Die im Rahmen der Akontozahlung gegenüber der Berechnung nach Artikel 6 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.

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

Art. 12a⁴² Lieferung von fehlerhaften Daten⁴³

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 Versiche-

⁴² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5643).

⁴³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

ren 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.⁴⁴

Art. 13⁴⁵ 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, um bei geringfügigen Zahlungsausständen die Ausgleichsbeiträge ohne Kürzung termingemäss auszahlen zu können. Nach Aufhebung des Risikoausgleichs wird der Fonds den Versicherern zurückvergütet.⁴⁶

² Die gemeinsame Einrichtung erlässt ein Fondsreglement. Dieses regelt insbesondere, wie die Mittel verwendet werden und wie deren Rückvergütung an die Versicherer im Falle der Aufhebung des Risikoausgleichs erfolgen wird. Das Reglement bedarf der Genehmigung durch das Departement.

Art. 13a⁴⁷ 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.⁴⁸

⁴⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

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

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

⁴⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 1841).

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

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 1968⁴⁹ über das Verwaltungsverfahren.

² ...⁵⁰

Art. 16 Fakturierung des Mehraufwands und Ordnungsmassnahmen⁵¹

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.⁵²

² Bei Versicherern, die trotz Aufforderung durch das BAG am Risikoausgleich nicht teilnehmen, kann das BAG dem Departement 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 1992⁵³ über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen (Verordnung IX) wird aufgehoben.

² und ³ ...⁵⁴

⁴ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2005.

⁵ Die Geltungsdauer dieser Verordnung wird um 5 Jahre ab Ablauf der Frist nach Absatz 4 verlängert.⁵⁵

⁴⁹ SR 172.021

⁵⁰ 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).

⁵¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

⁵² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 6163).

⁵³ [AS 1992 1738, 1993 2013]

⁵⁴ 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).

⁵⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 9. Nov. 2005, in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 5643).

⁶ Die Geltungsdauer dieser Verordnung wird bis zum 31. Dezember 2011 verlängert.⁵⁶

⁷ Die Geltungsdauer dieser Verordnung wird bis zum 31. Dezember 2017 verlängert.⁵⁷

Schlussbestimmung der Änderung vom 15. Juni 1998⁵⁸

Schlussbestimmung der Änderung vom 3. Dezember 2004⁵⁹

Schlussbestimmung der Änderung vom 9. November 2005⁶⁰

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

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 26. August 2009⁶¹

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 Verordnungsänderung vom 26. August 2009 zu liefern.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2. November 2011⁶²

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.

⁵⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 3. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2010** 6163).

⁵⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 26. Aug. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2009** 4761).

⁵⁸ 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).

⁵⁹ 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).

⁶⁰ AS **2005** 5643

⁶¹ AS **2009** 4761. Abs. 1 tritt am 1. Jan. 2012 und Abs. 2 am 1. Jan. 2010 in Kraft.

⁶² AS **2011** 5291

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 27. Februar 2013⁶³

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 2014⁶⁴

¹ ...⁶⁵

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.

⁶³ AS 2013 789

⁶⁴ AS 2014 3481

⁶⁵ In Kraft ab 1. Jan. 2017.